

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

70

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 Décembre 1893, à 1 heure

Par ÉDOUARD DAMOURETTE

Né à Omonville-la-Petite, le 30 novembre 1861

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Médailles d'argent des épidémies (choléra, 1892)

Médailles de bronze de l'Assistance publique

AFFECTIONS DES NOURRISSONS

DÉTERMINÉES PAR LA

GALACTOPHORITE DE LA NOURRICE

Président : M. DUPLAY, professeur.

Juges } MM. LE DENTU, professeur.
 } SCHWARTZ et ALBARRAN, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

70
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 Décembre 1893, à 1 heure

Par ÉDOUARD DAMOURETTE

Né à Omonville-la-Petite, le 30 novembre 1861

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Médailles d'argent des épidémies (choléra, 1892)

Médailles de bronze de l'Assistance publique

AFFECTIONS DES NOURRISSONS

DÉTERMINÉES PAR LA

GALACTOPHORITE DE LA NOURRICE

Président : M. DUPLAY, professeur.

Juges } MM. LE DENTU, professeur.
 } SCHWARTZ et ALBARRAN, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	N.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	SÉE (G.).
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	N.
	N.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETTERRER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MÉNÉTRIÉR.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	travaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A LA MÉMOIRE DE MON CHER ET REGRETTÉ MAITRE

M. LE PROFESSEUR PETER

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR DUPLAY

Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

AFFECTIONS DES NOURRISSONS

DÉTERMINÉES PAR LA

GALACTOPHORITE DE LA NOURRICE



INTRODUCTION

C'est pendant que nous remplissions les fonctions d'interne à la clinique d'accouchement de la Charité que M. le D^r Boissard a attiré notre attention sur la fréquence et la gravité des accidents déterminés chez les nourrissons par la galactophorite de la nourrice. Des recherches que nous avons entreprises à ce sujet nous ayant montré combien les médecins, préoccupés de l'état de la mère, s'étaient peu souciés des conséquences qu'il entraîne chez le nouveau-né, nous avons résolu d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Que M. le D^r Boissard qui nous a suggéré ce travail veuille bien recevoir l'expression de notre reconnaissance.

Nous avons divisé notre étude en deux parties. Dans la première, nous décrivons brièvement la galactophorite en insistant seulement sur les symptômes et le traite-

ment. Dans la seconde, nous traitons des affections du nouveau-né dues à la galactophorite de la nourrice.

Mais avant d'aborder notre travail, nous sommes heureux de remercier nos maîtres dans les hôpitaux de la grande bienveillance qu'ils ont bien voulu nous témoigner.

M. le professeur Guyon, notre très honoré maître, et le regretté professeur Lefort nous ont les premiers enseigné la chirurgie.

MM. les D^{rs} Bucquoy, Gérin-Roze, Rigal, d'Heilly nous ont appris la médecine générale et la clinique infantile.

Nous tenons tout particulièrement à exprimer nos remerciements les plus sincères à M. le D^r Desprès, dont nous avons été l'interne en première année, pour les marques de sympathie qu'il nous a données et l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Nous n'oublierons jamais les preuves si nombreuses d'affection que notre savant et bien regretté maître, M. le professeur Peter nous a prodiguées pendant les deux années d'externat et d'internat que nous avons eu l'honneur de passer dans son service. Nous sommes heureux d'inscrire son nom en tête de notre travail.

Notre cher maître et ami, M. Marfan, professeur agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, a été pour nous, pendant tout le cours de nos études médicales, un maître dévoué. Son concours nous a été également très précieux dans les recherches que nous avons entreprises pour notre thèse. Qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre profonde et bien affectueuse reconnaissance.

Pendant notre année d'internat à l'hôpital St-Louis, M. le D^r Lucas-Championnière nous a montré les beaux résultats qu'on pouvait obtenir avec une antisepsie aussi simple que rigoureuse. Il n'a cessé de nous manifester en toute circonstance une grande bienveillance. Nous le prions d'agréer ici l'expression de notre vive et bien sincère gratitude.

Nous tenons également à remercier M. le D^r Budin du bon accueil qu'il nous a fait et de l'amabilité avec laquelle il a bien voulu mettre ses observations à notre disposition.

MM. Delbet et Rochard, chirurgiens des hôpitaux, M. le D^r Demoulin, chef de clinique, nous ont fait profiter largement de leur instruction personnelle. Nous leur adressons ici nos meilleurs remerciements, ainsi qu'à nos amis et collègues MM. les D^{rs} Chavane et Dubrisay.

M. le professeur Duplay a bien voulu nous accepter comme interne en 4^e année. Non seulement il nous a sans cesse témoigné une bienveillance inépuisable, mais de plus il nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. C'est pour nous une joie bien vive de lui exprimer notre affection profondément respectueuse et notre sincère et constante reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552025_0035

PREMIÈRE PARTIE

DE LA GALACTOPHORITE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Velpeau est le premier qui ait bien décrit l'inflammation des glandes mammaires et l'ait séparée des inflammations périglandulaires.

Chassaignac, sous le nom d'abcès intéro-mammaires canaliculaires, a bien décrit la maladie à laquelle M. Budin donne le nom de galactophorite, et il a même trouvé le vrai mode de traitement, mais sans compter sur l'efficacité de ce traitement.

M. Budin a de nouveau appelé l'attention sur cette maladie qui, grâce à lui et au traitement qu'il a vulgarisé, est devenue la plus bénigne des affections de la mamelle après en avoir été considérée pendant longtemps comme la plus redoutable.

MM. Cataliotti et Arbel ont exposé les idées de M. Budin dans leur thèse de doctorat.

M. Budin, M^{me} Henry et le D^r Couder ont attiré l'at-

tention sur les abcès multiples que la galactophorite de la mère peut déterminer chez l'enfant.

M. Boissard a signalé la septicémie aiguë et la dyspepsie gastro-intestinale chez des nourrissons dont la mère était atteinte de mastite.

CHAPITRE II

Étiologie.

La galactophorite est surtout fréquente chez les femmes qui ont peu de lait, parce que les enfants obligés de teter longtemps et souvent, produisent des excoriations qui sont des portes d'entrée pour l'infection.

D'après Winckel, 6 p. 100 de femmes accouchées seraient atteintes de galactophorite. Kœcler donne la même proportion. Deiss l'a trouvée chez 3,6 p. 100 seulement.

La galactophorite apparaît le plus souvent dans les 4 premières semaines qui suivent l'accouchement, mais surtout dans les deux premières, du 8^e au 10^e jour. C'est donc à cette époque que les parturientes doivent être surveillées avec le plus de soin.

Le reste de la vie, cette inflammation est relativement rare, 1/10 des cas seulement.

Les femmes qui allaitent sont plus sujettes à cette inflammation que celles qui ne nourrissent pas, contrairement à l'opinion de Rousseau.

CHAPITRE III

Pathogénie.

« Trois voies seulement, dit M. Delbet, peuvent amener les germes infectieux jusque dans les parties profondes de la glande mammaire : les vaisseaux sanguins, les vaisseaux lymphatiques, les conduits galactophores.

« L'infection par les vaisseaux sanguins est exceptionnelle, mais existe, ainsi que le prouvent la clinique et les expériences sur les animaux. Dans les oreillons, la fièvre puerpérale, la fièvre typhoïde, en effet, on a constaté des abcès de la mamelle dus au transport par le sang des micro-organismes qui se sont arrêtés et ont colonisé dans cette glande. D'un autre côté, Escherich a montré par ses expériences sur les animaux que les micro-organismes charriés par le sang peuvent être éliminés au niveau de la mamelle par le lait comme ils le sont au niveau du rein par l'urine.

« L'infection par les vaisseaux lymphatiques est également exceptionnelle. Elle est même niée par certains auteurs très autorisés, c'est ainsi que M. Duplay y formule les deux objections suivantes : 1° contrairement à ce qu'on observe dans les lymphangites, les ganglions de l'aisselle restent souvent indemnes dans les phlegmons glandulaires de la mamelle ; 2° la propagation de

l'inflammation a lieu en sens inverse du cours de la lymphe, ce qui est absolument contraire à la marche habituelle des lymphangites. D'ailleurs, dit M. Delbet, la galactophorite est souvent localisée à un lobe de la glande; elle est nettement lobaire. Comment expliquer ce phénomène si l'on admet l'infection par les lymphatiques puisque les lymphatiques de la mamelle communiquent largement entre eux.

« L'infection par les conduits, au contraire, explique très bien la forme lobaire des phlegmons et la succession de plusieurs abcès isolés les uns des autres, puisque chaque lobe de la glande vient s'ouvrir par un conduit galactophore au sommet du mamelon. Chassaignac, puis Budin, Cataliotti et Arbel ont fourni une preuve irréfutable de la localisation de l'inflammation dans les conduits galactophores. Cette preuve consiste à faire sortir, dès le début par le mamelon en pressant sur la glande, le pus en même temps que le lait, ce qui prouve bien que les conduits galactophores sont le siège primitif de l'inflammation. »

A quoi est due cette inflammation? Pendant longtemps on a incriminé l'engorgement laiteux. Pour prouver qu'il ne peut à lui seul provoquer une inflammation, Kehrer a obturé chez des lapins les orifices des canaux galactophores avec du collodion. Aucune inflammation ne s'est produite. M. Delbet a procédé autrement. Sur plusieurs mamelles d'une chienne il a fait la ligature sous-cutanée des canaux galactophores, mais a pris soin de ne pas les lier tous. Un certain nombre de canaux restés libres versaient encore du lait à la surface

du mamelon et les petits continuaient, en tétant ces mamelles, à produire l'excitation qui entretient la sécrétion. Malgré cela il ne s'est produit aucune inflammation. D'autre part, dans le cas de mastite inflammatoire, on trouve toujours des micro-organismes dans le lait. On peut donc considérer comme démontré que la stase à elle seule est incapable de produire l'inflammation du sein, qu'entre l'engorgement laiteux et l'inflammation véritable il existe une barrière et que cette barrière ne peut être franchie que sous l'influence de l'infection et la pénétration des micro-organismes.

Comment se fait cette infection ? par trois moyens principaux : 1° les yeux de l'enfant chez ceux qui sont atteints d'ophtalmie purulente ; le pus coule sur les joues et vient souiller le mamelon ; 2° par la bouche de l'enfant dont la salive renferme à l'état normal des microbes pathogènes ; sous certaines influences, comme par exemple la présence d'un phlegmon de la parotide, ainsi que Legry en a rapporté un cas, la bouche de l'enfant devient éminemment septique. Enfin 3° les lochies renferment des microbes pathogènes : or les mains, les linges peuvent transporter ces micro-organismes sur le mamelon.

Nous étudierons plus à fond cette pathogénie à propos des accidents survenus chez les enfants et nous rappellerons les expériences si intéressantes des auteurs allemands.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

La mamelle n'est jamais prise en entier. Il n'y a qu'un ou plusieurs foyers inflammatoires correspondant aux lobes de la glande.

Ce sont surtout les lobes inférieurs et externes qui sont le plus souvent atteints.

Un grand nombre de lobes ou lobules peuvent être successivement pris. Dans certains cas on a observé 52 abcès dans un sein.

La meilleure étude anatomique de la mastite puerpérale a été faite par Bumm. Voici ce qu'il a constaté. La prolifération rapide des micro-organismes dans l'intérieur des acini détermine une fermentation du lait dont le sucre est transformé en acide lactique et en acide butyrique. La caséine se coagule. Les culs-de-sac glandulaires dilatés sont remplis d'un réseau de caséine coagulée, qui emprisonne les colonies bactériennes. Dans la paroi des acini se produit une vive réaction inflammatoire. Les cellules épithéliales se gonflent, se desquament et disparaissent. En même temps le tissu conjonctif interacineux est envahi par un grand nombre de globules blancs qui pénètrent jusque dans les culs-de-sac glandulaires.

Si l'inflammation ne s'arrête pas là par suite du traitement les microbes pénètrent dans le tissu conjonctif, le détruisent et à la place d'un lobule glandulaire il se forme un foyer purulent miliaire. Les petits foyers voisins se réunissent et il en résulte une caverne irrégulière avec des diverticules, des culs-de-sac partiellement séparés par des cloisons incomplètes. Des lambeaux de tissu conjonctif, reste des cloisons interlobulaires, flottent dans le pus et donnent à la caverne l'aspect d'une éponge.

Les parois sont formées d'une épaisse membrane granuleuse qui arrête les microbes et oppose une barrière à l'inflammation.

Plus tard, le pus suivant son siège primitif tend à se faire jour, tantôt vers la peau, tantôt vers les parties profondes. Quelquefois il s'étale en avant et en arrière sous la peau et sous la glande, constituant un abcès en bouton de chemise.

CHAPITRE V

Symptomatologie.

Le début de la galactophorite est presque toujours insidieux. Souvent les symptômes généraux masquent pendant un ou deux jours les symptômes locaux et on cherche partout la cause de l'élévation de température sans penser aux mamelles. Il est fréquent en effet de voir les femmes se plaindre de malaise, céphalalgie, inappétence, insomnie, puis au bout de 12 à 24 heures apparaît une suite de petits frissons ou un frisson violent pouvant durer 10 minutes et s'accompagnant d'une élévation de température qui dépasse rarement 39°. Quand la température monte à 39°,5, 40°, il existe presque toujours en même temps de la lymphangite. Le pouls est fréquent. Il peut atteindre et même dépasser 120.

Bientôt la malade se plaint de pesanteur et de lourdeur dans le sein malade. En peu de temps la douleur devient très vive. Les moindres mouvements, surtout ceux des bras, sont douloureux. La douleur est d'autant plus intense que les noyaux indurés siègent le plus souvent à la partie externe de la mamelle. La malheureuse dont le visage exprime une profonde angoisse n'a plus d'autre préoccupation que de relever son sein pour calmer la douleur et mettre sa poitrine à l'abri de tout choc et de tout contact.

Si l'on examine alors le sein malade on constate que la peau à son niveau présente sa coloration normale, mais le sein lui-même est tendu, tuméfié soit en totalité, soit dans un ou plusieurs lobes, ce qui lui donne une forme asymétrique.

Le mamelon est presque toujours le siège d'une fissure, crevasse, gerçure ou excoriation. Exceptionnellement on ne trouve rien, mais alors en interrogeant avec soin la malade on apprendra le plus souvent qu'il existait quelques jours auparavant une excoriation qui est maintenant guérie. Cependant l'examen du mamelon peut dans certains cas être complètement négatif.

Peu à peu la mamelle engorgée devient plus dure, plus chaude, plus douloureuse. Le moindre contact, le plus petit mouvement provoquent des souffrances très vives. Les douleurs spontanées sont profondes, lancinantes. La palpation si légère qu'elle soit exaspère encore la douleur. Elle permet de reconnaître qu'un ou plusieurs lobes sont pris : ceux-ci donnent au début la sensation de granulations petites, dures, raboteuses, formées par les acini considérablement distendus. Bientôt on ne peut plus distinguer les acini et on trouve des noyaux ou des bosselures arrondies, du volume d'une noix, d'un petit œuf, non adhérentes à la peau, mais enchâssées dans la glande avec laquelle on les déplace facilement. Les deux mamelles peuvent être affectées simultanément ou bien l'une d'elles seulement est le siège de la galactophorite, tandis que l'autre est parfaitement indemne.

Les ganglions axillaires ne sont jamais pris, sauf dans

le cas où la galactophorite se complique de lymphangite. Dans ce cas, on voit des trainées rougeâtres superficielles se diriger vers l'aisselle qui renferme alors des ganglions perceptibles au toucher.

Si on presse sur le sein, on fait sortir d'abord du lait; mais si on continue la pression et qu'on insiste surtout au niveau des petites tumeurs arrondies, on ne tarde pas à voir apparaître au sommet du mamelon un liquide d'abord louche puis bientôt franchement purulent.

Le pus peut sortir pur non mélangé au lait ou bien plus ou moins intimement mélangé à celui-ci; parfois on n'aperçoit que quelques trainées verdâtres qui sillonnent le lait et se distinguent de lui par leur couleur plus jaune.

Voici, du reste, d'après M. Budin, quels sont les caractères de ce pus :

« Il est plus grisâtre ou d'un jaune moins éclatant que le lait, sa consistance est plus grande et plus homogène; il pénètre plus difficilement dans l'ouate où il forme relief; enfin il s'attarde à l'orifice du mamelon où il s'accumule jusqu'à ce qu'il soit entraîné par son poids alors que la goutte de lait coule entraînée par sa fluidité. »

La quantité de pus qu'on peut extraire est extrêmement variable et est en rapport avec l'élévation de la température. Le plus ordinairement elle est de une ou deux cuillères à café, mais quelquefois on ne peut l'apprécier en clinique; d'autres fois au contraire elle dépasse une cuillerée à soupe. En général dès le troisième ou quatrième pansement, le pus a disparu et deux jours après on peut donner le sein à l'enfant.

Mais si on n'a pas reconnu le galactophorite dès le début et qu'on ait laissé le pus s'accumuler, le sein devient très tuméfié et on peut sentir une fluctuation d'abord profonde et mal définie, bientôt plus superficielle et plus nette. Peu à peu les téguments se prennent, la peau adhère, perd sa coloration normale, devient rouge, puis violacée, s'amincit et se perfore. Du pus s'écoule mélangé à du lait altéré présentant une odeur fétide.

D'autres fois, au lieu de s'ouvrir directement à l'extérieur, l'abcès s'étale sous la peau. Le pus, après la rupture des canaux galactophores, forme alors ces abcès multiples en pomme d'arrosoir si longs à guérir et qui par leur répétition font le désespoir du médecin et de la malade.

D'autres fois enfin, au lieu de se porter en avant, le pus se dirige en arrière : il envahit le tissu cellulaire rétro-mammaire, repousse la glande en avant et présente alors tous les signes du phlegmon rétro-mammaire.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche de la galactophorite est extrêmement variable suivant les cas.

M. Budin a montré après Chassaignac qu'en faisant sortir le pus des canaux galactophores par expression, on obtenait la guérison 9 fois sur 10 en 2 ou 3 jours. Mais il faut pour cela que le pus soit encore intra-canaiculaire et n'ait pas fusé dans le tissu périglandulaire.

Si on n'intervient pas à temps il se produit autant d'abcès qu'il y a de lobes pris. Ces abcès, comme nous l'avons vu, peuvent s'ouvrir directement à travers la peau

ou fuser dans le tissu cellulaire en avant de la mamelle, ou former des abcès rétro-mammaires.

Le plus souvent ils communiquent entre eux par des orifices plus ou moins étroits, forment des clapiers irréguliers avec de nombreux diverticules. Ces abcès sont très difficiles à guérir, se développent avec une persistance déplorable. C'est ainsi qu'on a vu 10, 20, 30, 50 abcès, et davantage, se développer sur une même mamelle. La glande transformée en éponge purulente est complètement détruite.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

La galactophorite est caractérisée par la présence de pus dans les canaux galactophores, de bosselures profondes enchâssées dans la glande, l'absence de rougeur de la peau, de ganglions dans l'aisselle. L'élévation de température dépasse rarement 39°.

La lymphangite s'accompagne de traînées rougeâtres aboutissant dans l'aisselle où on trouve des ganglions tuméfiés, douloureux; la température dépasse ordinairement 39°. La pression du sein est moins douloureuse que dans la galactophorite, elle ne fait pas sortir de pus par les canaux galactophores.

Les abcès sous-cutanés de la mamelle s'accompagnent de rougeur de la peau, de gonflement superficiel, d'œdème périglandulaire et d'adénite axillaire.

Dans le phlegmon rétro-mammaire, la glande est portée en avant, on ne trouve pas de bosselures, pas de fluctuation superficielle. La marche est beaucoup plus lente.

L'engorgement du sein apparaît en général de 24 à 36 heures après l'accouchement. L'élévation de la température est généralement faible, à peine marquée; cependant on l'a vue dans quelques cas rares monter à 40°. Enfin, l'engorgement du sein a une durée très courte et surtout il n'y a pas de sortie de pus par les canaux galactophores quand on comprime la glande.

CHAPITRE VII

Pronostic.

D'après ce que nous avons dit, il est facile de voir combien le pronostic sera différent suivant que l'affection est reconnue au début ou passe inaperçue.

Reconnue au début et traitée par la méthode de Budin la galactophorite guérit à peu près toujours en 2 ou 3 jours sans déformation. On peut dire alors que c'est l'affection la plus bénigne des mamelles.

A-t-elle passé inaperçue au contraire pendant 4, 5 ou 6 jours, cette affection devient la plus sérieuse des phlegmasies de la mamelle. Elle donne naissance en effet à une série interminable d'abcès : on en a signalé jusqu'à 55, 63 chez les mêmes malades. Ces abcès détruisent complètement la glande, affaiblissent la malade pendant des mois et ne guérissent qu'au prix de souffrances intolérables et de trajets fistuleux qui déforment totalement la région. La mamelle, lors d'un nouvel accouchement, non seulement ne pourra sécréter du lait, mais les restes des acini dont les canaux ont été incisés pourront devenir le siège de nouveaux abcès. De plus, il reste souvent dans les profondeurs de la glande des noyaux indurés qui peuvent persister longtemps et en imposer pour des tumeurs de mauvaise nature. Peut-être même un certain nombre de cancers ont-ils pour origine ces résidus de l'inflammation.

Au point de vue de l'enfant, le pronostic est encore plus grave, ainsi que nous le verrons plus loin.

CHAPITRE VIII

Traitement.

TRAITEMENT PRÉVENTIF. — Les soins de propreté et d'hygiène peuvent, dans la plupart des cas, empêcher la galactophorite. Il faudra recommander à la mère de ne donner le sein qu'à des intervalles égaux, de se laver les seins après chaque tétée avec de l'eau boriquée.

Lorsque la mère présente des crevasses ou des fissures, elle devra donner le sein bien régulièrement toutes les 2 heures pendant 10 minutes seulement. Elle ne donnera qu'un sein à la fois, de sorte que l'enfant ne tettera le sein droit ou le sein gauche que toutes les 4 heures.

Après chaque tétée, il faudra laver le mamelon avec de l'eau alcoolisée ($\frac{1}{2}$ eau, $\frac{1}{2}$ alcool) pour faire cicatriser les crevasses. Avant chaque tétée, on lavera le mamelon avec de l'eau boriquée à 4 p. 100, car l'eau alcoolisée est désagréable à l'enfant. Si celui-ci présente des aphtes ou une suppuration quelconque de la bouche, il faut l'empêcher de prendre le sein directement et se servir de la teterelle d'Auvard modifiée par E. Budin. Si l'enfant a de la conjonctivite, il faudra lui couvrir les yeux avec un bandeau pour l'empêcher de souiller le sein.

TRAITEMENT CURATIF. — Employé pour la première fois

par Chassaignac qui le signale, mais sans y attacher d'importance, ce traitement a été retrouvé et vulgarisé par M. Budin à qui il a donné des résultats merveilleux.

Ce traitement consiste dans l'évacuation complète du pus par expression de la glande.

Voici comment M. Budin, dans une leçon, a exposé la manœuvre qu'on doit employer pour exprimer tout le pus :

« Le pouce et l'index sont appliqués sur le sein à une certaine distance du mamelon, près de la circonférence de l'aréole. On appuie d'abord d'avant en arrière de la surface vers les parties profondes ; puis tout en continuant à presser, on rapproche les doigts jusqu'à la base du mamelon et ce dernier est lui-même comprimé d'arrière en avant. De la sorte, les substances contenues dans la partie ampullaire des canaux galactophores sont refoulées par la pression vers la partie rétrécie qui chemine dans l'épaisseur du mamelon et aboutit à l'extérieur. On réussit ainsi à les amener au dehors. S'il n'y a qu'une petite quantité de pus, on la voit sortir sous la forme de filaments grisâtres, s'échappant par l'extrémité du canal galactophore, il forme comme un petit ver plus ou moins isolé au milieu du liquide séreux qui s'écoule par les conduits voisins ; une fois l'orifice du canal désobstrué, pour ainsi dire, la matière purulente est exprimée un peu plus facilement. »

« On retirera aussi quelque avantage en agissant directement par des pressions sur les noyaux indurés situés plus profondément et on amènera ainsi le pus qui s'y trouve vers les parties superficielles, dans les sinus

des conduits lactés d'où on l'expulsera par la manœuvre que nous venons de décrire.

« S'il est nécessaire, on fera l'expression et l'évacuation matin et soir pendant 2 ou 3 jours, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il ne sorte plus de pus. C'est ce qui arrive généralement après 3 ou 4 pansements.

« Après l'opération, on lavera soigneusement le mamelon avec de l'eau boriquée, on fera au besoin une pulvérisation boriquée d'un quart d'heure, puis on appliquera des compresses boriquées et un bandage compressif qui relèvera le sein.

« La mère doit cesser de nourrir avec le sein malade, comme nous le verrons plus loin.

« Le seul reproche qu'on puisse faire à ce traitement est d'être un peu douloureux. Dans certains cas on sera obligé de faire respirer quelques bouffées de chloroforme à la malade. »

M. Legroux a un peu modifié le manuel opératoire et l'a rendu moins douloureux.

Voici comment on opère : « Une ventouse surmontée d'un ajutage est appliquée sur le sein malade de façon à faire saillir le mamelon dans l'intérieur de la ventouse ; on fait le vide au moyen d'une petite pompe aspirante qui entre à frottement doux dans l'ajutage de la ventouse.

« Après le premier coup de piston, le lait ou le pus jaille dans la ventouse. Il faut avoir soin alors de séparer la pompe de la ventouse pour permettre à l'air de pénétrer à nouveau dans celle-ci. Si l'on ne prenait pas cette précaution, il se produirait le même phénomène que lors

d'une application de ventouse. Une ecchymose se produirait sur le mamelon qui deviendrait le siège d'une très forte douleur.

« Grâce à la précaution que nous venons d'indiquer, on imite la succion de l'enfant, avec cette différence que l'aspiration est plus forte et plus soutenue. »

Le sein n'est jamais meurtri. On ne peut reprocher à cette méthode qu'une seule chose, c'est de nécessiter un instrument, très simple il est vrai, mais que l'on n'a pas toujours sous la main.

La méthode de M. Legroux semble devoir être employée de préférence dans le cas de galactophorite compliquée de lymphangite, car alors le traitement par l'expression est très douloureux.

Si le pus, après avoir distendu puis perforé les canaux galactophores, a pénétré dans le tissu périglandulaire, il sera difficile d'obtenir la guérison par expression. Le sein est alors volumineux, rouge, empâté, très douloureux; il existe de l'œdème péri-aréolaire. Dans ce cas il faudra ouvrir largement l'abcès et faire un pansement antiseptique approprié.

M. Bœckel a proposé une méthode de traitement plus radical, « l'évidement méthodique du sein dans les mastites parenchymateuses aiguës », traitement que M. Delbet expose ainsi : « Incision elliptique circonscrivant les fistules lorsqu'il y a lieu ou bien la partie saillante du phlegmon lorsqu'il n'est pas ouvert, en respectant toutefois le mamelon si la chose est possible. Dissection rapide des deux lèvres de la plaie et extirpation avec pince et bistouri de toutes les portions malades, en allant

au besoin jusque sur les côtes. Désinfection au sublimé. Réunion de la plaie par des sutures superficielles sans drainage. Pansement ouaté iodoformé laissé huit jours en place. »

On peut, dit M. Delbet, reprocher à cette méthode qui, donne des résultats rapides, puisque la malade est guérie en huit jours, d'être disproportionnée avec la gravité de l'affection. On devra donc la réserver pour les cas où il y aura des abcès ou des fistules multiples et intarissables.

•

•

DEUXIÈME PARTIE

ACCIDENTS CAUSÉS CHEZ LE NOURRISSON PAR LA GALACTOPHORITE.

Les affections des nouveau-nés dont les nourrices sont atteintes de galactophorite sont très variées.

Nous les diviserons en affections primitives ou secondaires selon qu'elles se développent immédiatement après l'apparition de la galactophorite ou qu'au contraire elles sont consécutives à une maladie due elle-même à la présence du pus dans le lait.

D'après leur pathogénie, les affections primitives se divisent elles-mêmes en deux catégories :

Dans la première, nous classerons les troubles dus à l'ingestion du pus ; ce sont des troubles du tube digestif. Stomatite diphtéroïde. Abscès rétro-pharyngiens. Dyspepsie gastro-intestinale légère et passagère sans fièvre. Dyspepsie toxi-infectieuse légère ou grave, choléra infantile. Abscès sous-cutanés multiples profonds par décharges cutanées après intoxication intestinale et troubles digestifs. Enfin des otites moyennes par propagation à travers la trompe d'Eustache.

Il y a des cas dans lesquels les toxines absorbées, sans

produire de troubles digestifs, sont capables d'amener la septicémie.

Dans la seconde, nous classerons les troubles déterminés par le contact du pus avec les téguments si délicats de l'enfant : Abscesses sous-maxillaires. Abscesses sous-cutanés multiples superficiels. Otite externe. Conjonctivite catarrhale. Conjonctivite purulente. Ecthyma. Cette dernière affection peut être produite à la fois par le contact direct ou par élimination cutanée après intoxication suivie de troubles digestifs.

Comme troubles secondaires, nous ne parlerons que de la broncho-pneumonie et du muguet qui se développent consécutivement à la dyspepsie gastro-intestinale.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir signalé toutes les affections que peut produire chez le nourrisson la galactophorite de la nourrice, mais nous avons tenu à signaler les principales afin d'attirer l'attention sur une cause de maladies des nouveau-nés complètement négligée jusqu'ici.

CHAPITRE PREMIER

Pathogénie des accidents.

La salive de l'enfant, même celle du nouveau-né, renferme un nombre relativement grand de micro-organismes, et beaucoup de ces espèces sont pyogènes. La salive elle-même est pyogène ; elle détermine facilement des abcès dans le tissu cellulaire sous-cutané des animaux.

Chez les femmes qui ont peu de lait l'enfant est obligé de teter longtemps et de faire des efforts prolongés de succion. Si la femme ne prend pas de grands soins de propreté, ces suctions longues et fréquemment répétées finiront par irriter le mamelon et produire des fissures ou des crevasses.

Les staphylocoques contenus dans la salive de l'enfant n'ont aucune action sur un mamelon sain ; mais lorsque celui-ci est ulcéré, la plaie constitue une porte d'entrée, le lait qui est bactéricide pour certains bacilles tels que le bacille d'Eberth, le bacille du choléra et le bacillus Schaffer, constitue au contraire un bon milieu de culture pour les staphylocoques, aussi ceux-ci pullulent-ils avec une grande rapidité et déterminent-ils de la galactophorite.

L'enfant, en tétant, absorbe ces microbes dont le nombre et la virulence sont augmentés et il ne tarde pas

à présenter des symptômes d'infection dont la nature et l'intensité sont très variables, comme nous le verrons plus loin.

Si on n'admet pas cette théorie d'après laquelle ce serait l'enfant qui directement infecterait la mère par les micro-organismes contenus dans sa salive, micro-organismes qui sont d'une innocuité parfaite sur un mamelon sain, mais qui sur un mamelon atteint de fissures, crevasses, excoriations, peuvent provoquer une inflammation d'abord localisée à l'orifice des canaux galactophores, puis bientôt généralisée à toute l'étendue d'un ou plusieurs de ces conduits, on peut du moins admettre que l'enfant par ses suctions détermine des excoriations ou fissures au niveau desquelles les staphylocoques contenus dans le lait de la mère pullulent et produisent une inflammation aiguë.

La plupart des microbiologistes en effet admettent aujourd'hui que le lait des femmes qui allaitent, qu'elles soient saines ou bien portantes renferme des germes pyogènes.

Le nombre des bactériologistes qui ont découvert des micro-organismes dans le lait des femmes malades et ont fait des cultures est très grand.

C'est ainsi que Longard a trouvé le staphylocoque dans le lait des puerpérales fébricitantes.

Il a inoculé avec des cultures de ce microbe des femmes en état de lactation et peu d'heures après il retrouvait ce microbe dans le lait.

Michel trouve la même bactérie dans le lait d'une femme qui présentait des abcès de la mamelle et chaque

fois qu'il injecte le liquide de culture sous la peau d'un lapin il obtient des abcès.

Emma Merrit trouve ces mêmes staphylocoques dans le lait des femmes atteintes de fissures du mamelon.

De ses recherches sur les animaux et les femmes atteintes de fièvre puerpérale, Rossi Doria conclut que les germes pathogènes passent intacts à travers le filtre mammaire et sont en grande partie éliminés par la sécrétion lactée.

Dans des cas de pyohémie pendant les couches, Eiselsberg démontre la présence du staphylocoque doré deux fois dans le lait et une fois dans la sueur.

Une étude clinique et expérimentale qui résout plusieurs questions au sujet de la septicité des nouveau-nés a été faite par Karlinski et mérite par son importance d'être rapportée avec détails. Elle prouve qu'il n'est pas possible d'admettre que le lait souillé par des germes pathogènes soit sans effet sur la santé des enfants.

Karlinski a observé un nouveau-né dont la mère avait de la fièvre puerpérale et un érysipèle; au 4^e jour de l'état fébrile, lorsque la température ne dépassait pas 38°,8 et que les signes de l'érysipèle n'étaient pas encore manifestés, on recueillit à peu près 5 centim. cubes de lait de la mamelle gauche dans une éprouvette stérilisée qu'on soumit à un examen bactériologique. On avait eu soin d'aseptiser la mamelle gauche auparavant et de faire couler une certaine quantité de lait. L'examen bactériologique révéla la présence du staphylocoque pyogène (aureus, albus, et citreus) et du staphylococcus cereus

(albus et flavus). L'enfant fut séparé de sa mère le 4^e jour, mais 6 jours après il fut pris de parotidite, de catarrhe intestinal et mourut le dixième jour. Dans le sang et dans le contenu de l'intestin, on trouva les mêmes bactéries que dans le lait de la mère.

Après cette observation clinique, Karlinski entreprit une série d'expériences dans le but d'établir si, chez les animaux (lapines et chiennes qui allaitent) soumis à l'inoculation des staphylocoques pyogènes, on retrouvait ceux-ci dans le lait, et, en outre, si les petits étaient infectés par le lait maternel. L'inoculation fut pratiquée directement dans la circulation chez certains animaux, dans la muqueuse vaginale chez d'autres.

Une lapine de 1,500 gr. avait mis bas, deux jours auparavant, 6 petits. Karlinski injecte dans la veine jugulaire externe une quantité considérable de staphylocoques pyogènes, aureus. 8 heures après, on prit 2 c. c. d'une veine cutanée du membre antérieur gauche et on en fit des cultures sur 18 plaques qu'on maintient à 21°.

36 heures après, 29 colonies de staphylocoques pyogènes aureus s'étaient développées sur les 18 plaques, alors que les plaques de contrôle restaient stériles.

10 heures après la première prise de sang, on répéta sur la veine du membre antérieur droit la même expérience et dans 1 c. c. de sang on trouva 10 colonies de staphylocoques pyogènes aureus.

24 heures après l'injection septique, l'animal ne présentait aucun signe pathologique. Il nourissait ses petits et mangeait comme à l'habitude.

Après désinfection soignée des mamelles et lécoule-

ment des premières gouttes de lait, on prit des échantillons de lait et on fit des cultures sur plaques.

On trouva en moyenne sur les plaques 40 colonies de staphylocoques pyogènes aureus par centimètre cube de lait.

Le nombre des staphylocoques dans le lait diminua de jour en jour, comme cela fut constaté par l'examen journalier. Ils disparaissent même complètement 8 jours après l'injection, époque à laquelle la lapine perdit l'appétit et maigrit. Elle mourut 14 jours après l'injection.

L'autopsie montra une augmentation considérable du volume de la rate, des abcès miliaires des reins et du foie et une péritonite séro-purulente.

L'examen microscopique de nombreuses préparations des mamelles ne présenta nulle part d'abcès ; mais il y avait des accumulations nettes de staphylocoques dans les conduits lactifères aussi bien que dans le tissu conjonctif qui les entourait.

L'examen bactériologique de la pulpe de la rate et du contenu des abcès miliaires donna des cultures pures de staphylocoques pyogènes aureus.

Sur les 6 petits qui furent nourris par leur mère jusqu'à sa mort :

2 moururent le 6^e jour.

1 mourut le 8^e »

1 » le 10^e »

Les 2 autres se développèrent normalement.

A l'autopsie des 2 premiers on trouve :

Injection et tuméfaction de la muqueuse de la gorge, de l'estomac et de l'intestin grêle avec légère tuméfaction de la rate sans aucun abcès viscéral.

L'examen bactériologique du contenu de l'intestin grêle, du sang et de la pulpe splénique fit reconnaître de nombreuses colonies de staphylocoques pyogènes aureus.

Le petit qui mourut au 8^e jour avait probablement été comprimé par sa mère. Il présentait de nombreuses ecchymoses sur la plèvre.

Le quatrième petit présenta des lésions semblables aux deux premiers. De plus, on trouva des abcès miliaires dans le rein, une augmentation et une tuméfaction des ganglions du cou, un abcès du volume d'un pois sur la voûte palatine.

L'examen bactériologique des abcès miliaires du rein et de l'abcès du palais a donné des cultures pures de staphylocoques pyogènes albus.

Le même micro-organisme fut retrouvé en colonies très peu nombreuses dans le contenu de l'intestin.

Karlinski a répété ces expériences sur un grand nombre de femelles d'animaux, et parmi les 48 petits qui tetaient les mères ainsi infectées, 6 moururent d'infection générale avec catarrhe intestinal (dans le sang et dans le contenu de l'intestin on trouva le staphylocoque doré); 5 eurent une parotidite aiguë suppurée sans lésions intestinales; 17 moururent de catarrhe intestinal aigu; 8 fois on observa une infection générale avec formation de foyers purulents dans le foie et les reins; chez les autres on rencontra le microcoque doré dans les déjections.

De ces expériences, Karlinski conclut : 1^o que le passage des micro-organismes pyogènes de la circulation sanguine dans les conduits lactifères est possible ;

2° Que ce passage se fait en un espace de temps relativement court;

3° Que les micro-organismes qui apparaissent dans l'utérus en involution peuvent également être retrouvés dans le lait;

4° Que les animaux qui ont été allaités par des mères infectées avec les staphylocoques succombent, dans un nombre relativement élevé des cas, à la pyosepticémie.

Mais ce qu'il y a de plus curieux, c'est que le lait des femmes bien portantes renferme aussi des microbes pyogènes.

C'est ainsi que Cohn et Neumann, sur 41 examens de lait, trouvent 38 fois des micro-organismes et bien souvent des staphylocoques blancs. Ceux-ci abondent sur les parties périphériques des canaux galactophores et les auteurs prouvent qu'ils viennent de l'extérieur, qu'ils n'altèrent pas le lait et qu'ils ne sont pas nuisibles pour le nourrisson quand il n'y a pas d'inflammation à la mamelle.

Honigmann, sur 76 femmes qu'il a examinées, a trouvé 4 fois seulement le lait stérile : d'où il conclut avec raison que chez les puerpérales même bien portantes, le lait contient assez souvent des micro-organismes et particulièrement des staphylocoques.

Falleske a très souvent rencontré le staphylocoque blanc dans le lait et la plupart des nourrices dont il a examiné le lait ne présentaient aucun état morbide de la mamelle ou d'une autre partie de l'organisme.

Or, s'il en est ainsi on peut admettre que lorsque la mamelle présente une excoriation, ces microbes qui ne

sont pas nuisibles sur une mamelle saine, pullulent sur une mamelle présentant une fissure, augmentent de virulence et peuvent déterminer de la galactophorite.

Le lait contaminé par des germes pyogènes ne peut être inoffensif pour le nourrisson, mais ses effets morbides sont variables. Il peut y avoir des cas de septicémie, tels que ceux décrits par Karlinski, ou bien des cas de gastro-entérite plus ou moins graves ou des suppurations d'organes éloignés.

La variabilité de la virulence des staphylocoques dépend des conditions spéciales qui modifient son action pathogénique ou la paralysent d'une façon absolue.

Ainsi Alapy a fait des recherches expérimentales qui lui ont montré que les germes qui infectent les blessures parviennent et vivent dans l'estomac et l'intestin quand les liquides gastrique et intestinal ont été préalablement alcalinisés.

Il suffit dès lors que l'acide chlorhydrique normal disparaisse à la suite de processus pathologique pour que ces germes puissent se cultiver facilement dans toute l'étendue du canal digestif. C'est ainsi que la dilatation stomacale, la dyspepsie (particulièrement la chronique), la diarrhée verte, alcaline, et en général toutes les affections gastro-intestinales des nourrissons dans lesquelles la réaction des substances vomies ou des matières fécales devient alcaline ou neutre, prédisposent l'organisme infantile à se laisser infecter par les staphylocoques.

C'est là peut-être la raison des différents résultats obtenus par les auteurs. En effet, tandis qu'Escherich et Longard n'ont pas trouvé de staphylocoques dans les

fèces des nourrissons présentant des suppurations sous-cutanées, que Cohn et Neumann affirment que ces staphylocoques ne sont pas nuisibles, d'autres au contraire ont trouvé ces micro-organismes et les ont considérés comme une cause de maladie. Non seulement Karlinski, mais encore Bumm avaient démontré le passage des microbes du lait dans le tube digestif. M^{me} Henry depuis longtemps a observé fréquemment que les nourrissons qui tetaient le sein des femmes atteintes de galactophorite présentaient des abcès multiples.

Il n'est donc pas douteux que le lait des femmes atteintes de galactophorite peut déterminer chez les nourrissons des accidents multiples et variés. Nous allons passer successivement en revue ces accidents et à propos de chacun d'eux nous en ferons la pathogénie.

CHAPITRE II

Stomatite diphtéroïde à staphylocoques (Stomatite impétigineuse).

Décrite par Gastou et Sevestre qui en ont observé neuf cas chez des enfants atteints de rougeole, de coqueluche, de coryza ou presque toujours de troubles gastro-intestinaux.

En outre des causes précédentes elle peut être due aussi à ce que l'enfant a tété du pus. Nous en avons vu un exemple chez un enfant dont la mère était atteinte de galactophorite depuis 2 ou 3 jours.

La pathogénie en est facile à comprendre ; il suffit en effet que l'enfant ait une petite excoriation aux lèvres pour que le staphylocoque s'y développe et produise une plaque blanchâtre ressemblant aux plaques de diphtérie. Il se produit ce qui a été constaté si souvent pour la fièvre aphteuse, dont M. Ollivier a eu l'occasion d'observer une épidémie dans son service en 1890 chez des enfants qui avaient bu du lait provenant de vaches atteintes de fièvre aphteuse.

M. Ollivier entreprit à ce sujet des recherches bibliographiques et vit que ce fait avait été signalé dès 1765 par un médecin de Moravie qui avait observé une épidémie de stomatite aphteuse chez des moines habitant

un couvent dont toutes les vaches étaient atteintes de fièvre aphteuse.

Delest, Proust, Nocard, Frankel, Goubaux et un grand nombre d'autres ont été à même d'observer des épidémies de stomatite aphteuse qui ne laissaient aucun doute sur l'origine de cette maladie et sa transmission possible des animaux à l'homme.

Symptômes. — Cette stomatite siège presque exclusivement à la face interne des lèvres, parfois aussi sur certains points de la muqueuse buccale. Dans ces points et spécialement sur les lèvres, elle donne naissance à des plaques blanchâtres d'apparence diphtéroïde, qui saignent facilement et forment sur les parties de la lèvre exposées à l'air des croûtes sanguinolentes. Elle guérit ordinairement en 6 ou 8 jours et alors qu'elle se prolonge un peu plus, elle ne présente aucun caractère de gravité.

Les plaques labiales sont généralement allongées. Elles vont parfois jusqu'au repli gingivo-buccal, mais ne se développent pas sur les gencives. Sur la langue elles sont assez rares et siègent à la pointe, jamais on n'en voit sur le pharynx ou les amygdales.

Marche, durée, terminaison. — La maladie considérée dans son ensemble a généralement une évolution assez rapide. L'éruption se fait pour ainsi dire en un seul temps. Une fois développées, les plaques persistent avec les mêmes caractères pendant 3, 4, 5 jours; puis elles semblent diminuer d'épaisseur, se rétrécir et disparaître par une sorte de résorption ou d'élimination progressive. Autour des plaques, la muqueuse est rouge,

tuméfiée et saigne assez facilement. La langue est saburrale, l'haleine n'est pas fétide. Elles causent très peu de douleurs, sauf quand elles siègent aux commissures. Dans ce cas elles laissent une fissure assez difficile à guérir.

Les ganglions sont peu tuméfiés.

En général la maladie dure 6 à 8 jours et guérit toujours.

Le **diagnostic** doit se faire avec la stomatite ulcéro-membraneuse qui s'en distingue par sa localisation toute spéciale et la fétidité de l'haleine.

Dans la diphtérie il y a ordinairement des lésions de la gorge, les plaques se détachent assez facilement, la marche est progressive.

Les aphtes, le muguet, la gangrène et la syphilis héréditaire s'en distinguent trop facilement pour qu'il soit utile d'insister.

Le **traitement** est facile. Il consiste dans l'antisepsie buccale et la prescription d'un régime tonique.

CHAPITRE III

Abcès rétro-pharyngiens.

Cet abcès, surtout fréquent chez les enfants à la mamelle, reconnaît pour cause, dans un certain nombre de cas, le pus mélangé au lait que l'enfant a tété.

Ce pus, en effet, agit de deux façons différentes.

1° Il détermine chez l'enfant de la diarrhée et par conséquent de la cachexie, ce qui le met dans un état de moindre résistance; aussi ces abcès sont-ils fréquents surtout chez les athrepsiques.

2° Les micro-organismes que l'enfant absorbe dans ce pus ont acquis une plus grande virulence et il suffit de la plus petite porte d'entrée au niveau du pharynx pour qu'ils pénètrent dans la circulation lymphatique et déterminent l'inflammation des ganglions de Lushka.

Les abcès rétro-pharyngiens sont beaucoup plus fréquents qu'on ne pense chez les tout jeunes enfants, mais comme le diagnostic est difficile à faire, que l'attention n'est pas attirée de ce côté, ils passent le plus souvent inaperçus et ne sont reconnus qu'à l'autopsie.

Les **symptômes** fonctionnels qu'on peut constater chez l'enfant à la mamelle consistent surtout dans une dyspepsie intense qui empêche l'enfant de prendre le sein. Au début il tette moins longtemps et plus souvent que

d'habitude. Bientôt il ne peut plus avaler, rend le lait par la bouche ou le nez. La déglutition est devenue impossible, il y a de la raideur du cou et les moindres mouvements sont très douloureux. Si on oublie d'examiner la gorge, l'enfant ne tarde pas à succomber à l'asphyxie. Si, au contraire, l'attention attirée de ce côté pour une cause ou une autre, on examine le fond de la gorge, on constate au début un peu de rougeur avec une tuméfaction légère siégeant un peu sur le côté du pharynx, à droite ou à gauche.

Cette tumeur devient bientôt d'un rouge vif et se recouvre quelquefois de mucosités d'un blanc jaunâtre qu'on a vues dans certains cas assez épaisses et assez tenaces pour qu'on ait pu les prendre pour de fausses membranes.

Si on introduit le doigt, on perçoit au fond de la gorge la sensation d'un corps mou, élastique, cédant à la pression et revenant dès que celle-ci cesse.

Quelquefois il existe de l'empâtement sur la partie latérale gauche du cou, au niveau des cornes de l'os hyoïde.

Les symptômes généraux sont toujours très marqués. La fièvre, en général peu intense, 38°, peut être au contraire très élevée, 39°, 40°; le teint ne tarde pas à devenir d'une pâleur extrême et en quelques jours l'enfant présente un amaigrissement considérable.

La **marche** est très variable. La **durée** est 8 à 15 jours en moyenne. La **terminaison** a lieu presque toujours par la mort de l'enfant si l'on n'intervient pas à temps ; la

mort arrive, soit par asphyxie, ce qui est le cas le plus fréquent, soit par inanition, soit par compression nerveuse.

Le **diagnostic** est difficile parce qu'on soupçonne rarement un abcès pharyngien. De plus, même lorsqu'on y pense, si l'abcès siège au niveau du pharynx nasal ou de l'œsophage il passera souvent inaperçu, à moins qu'on n'explore avec un doigt toute la région dans tous les sens. C'est surtout avec le croup et l'œdème de la glotte qu'on pourrait confondre l'abcès rétro-pharyngien.

Le meilleur **traitement** est l'incision précoce et largement pratiquée, 3 à 4 centim. d'étendue. Cette incision pourra sauver les deux tiers des malades, tandis qu'ils succomberont presque tous si on ne fait pas rapidement le traitement chirurgical.

CHAPITRE IV

Dyspepsie gastro-intestinale.

Pathogénie des gastro-entérites. — Comment se produit la gastro-entérite chez l'enfant? Un nourrisson jusqu'alors bien portant ou présentant déjà un peu de diarrhée, tette au sein de sa mère un lait mélangé de pus, renfermant par conséquent des streptocoques et des staphylocoques très nombreux et très virulents.

Suivant le degré d'infection du lait, et surtout si l'enfant présente une petite érosion dans la bouche, il aura ou une simple dyspepsie gastro-intestinale passagère ou une dyspepsie gastro-intestinale aiguë, légère ou grave, ou même du choléra infantile avec phénomènes nerveux, collapsus, hypothermie, etc., quand les toxines auront pénétré dans la circulation générale. Ce sera le type de diarrhée par infection ectogène d'Escherich. On comprend que, lorsque le lait infecté pénètre dans l'intestin, les micro-organismes qui auront échappé à l'action du suc gastrique se trouveront dans des conditions encore plus favorables de développement et d'activité.

1° DYSPEPSIE GASTRO-INTESTINALE PASSAGÈRE

Fréquence. — Est certainement le plus fréquent des accidents que peut déterminer l'absorption du pus par le nouveau-né.

En est heureusement un des moins graves.

Époque d'apparition. — Apparaît souvent un jour ou deux avant qu'on ait pu constater d'une façon bien nette la présence de la galactophorite chez la mère, ce qui n'a rien d'étonnant puisque les symptômes de cette maladie sont très insidieux et passent facilement inaperçus pendant 24 ou 48 heures, tandis que la diarrhée et la diminution de poids de l'enfant frappent l'esprit de l'observateur même le moins attentif.

D'autres fois, au contraire, la dyspepsie gastro-intestinale apparaît en même temps que la galactophorite.

Enfin le plus souvent la dyspepsie gastro-intestinale se développe un jour ou deux après l'apparition de la galactophorite.

Ces différences dans le mode d'apparition dépendent certainement de l'état dans lequel se trouvent les voies digestives de l'enfant au moment de l'absorption du pus. C'est ainsi que les sujets dont les liquides gastriques présenteront une faible acidité seront en état de réceptivité beaucoup plus grande que ceux qui auront le tube digestif en bon état.

Symptômes.— *Vomissements.* — Font souvent défaut : tantôt l'enfant vomit du lait caillé, tantôt une matière jaunâtre.

Diarrhée. — Existe toujours et permet de faire le diagnostic de la gastro-entérite.

L'enfant a 6, 8, 10 garde-robes par jour; ces garde-robes sont tantôt jaunes liquides pendant deux ou trois jours, tantôt blanchâtres, renferment alors des grumeaux

blanchâtres formés de matières grasses; tantôt vertes : leur coloration dans ce cas est due à la biliverdine. Le plus souvent une partie est jaune, l'autre verte. Leur consistance est très variable, quelquefois elles sont presque dures, d'autres fois au contraire elles sont très liquides.

Leur odeur est souvent nulle, mais souvent aussi elles ont une odeur fade et presque fétide.

Lorsque la maladie est passagère, on voit sur les langes de l'enfant, autour des matières, une auréole de mucus n'ayant que 2 ou 3 millim. d'étendue; mais si la maladie se prolonge l'auréole de mucus s'agrandit. Dans ce cas, l'enfant souffre, a des coliques, tord les jambes sur l'abdomen et crie beaucoup. Il a alors ce qu'on appelle la diarrhée catarrhale ou séro-muqueuse.

Diminution du poids de l'enfant. — Un signe d'une importance capitale et qui doit, suivant l'expression de M. Boissard, « forcer l'attention » et motiver l'examen minutieux des seins. C'est lui, en effet, qui dans le cas de galactophorite peu accentuée, sans phénomènes locaux, permet de découvrir l'inflammation.

Le nourrisson qui a avalé du pus, même en très petite quantité, présente immédiatement une chute, une diminution de poids qui peut atteindre 50, 100 gr. le 1^{er} jour, et se répéter ainsi pendant plusieurs jours, si bien qu'il n'est pas rare de voir un enfant perdre 4 ou 500 gr. en quelques jours et cela malgré tous les traitements possibles (eau albumineuse, calomel, benzonaphtol, lavements boriqués, lait d'ânesse, etc.).

Il est donc très important de peser l'enfant, du moins

dans les premiers jours qui suivent la naissance, et si on constate une diminution de poids, penser immédiatement à la galactophorite et examiner si les seins ne sont pas tuméfiés et douloureux.

La diminution de poids est en rapport avec la quantité de pus que l'enfant a tété et aussi avec l'état des voies digestives au moment de l'absorption de ce pus. Si on arrête l'allaitement dès le début de la galactophorite, l'enfant ne perdra que 20 ou 30 gr. de son poids, mais si la galactophorite a passé inaperçue pendant un ou plusieurs jours, l'enfant peut diminuer alors du dixième de son poids en quelques jours ; mais lorsqu'il est guéri, il regagne rapidement le poids qu'il avait au début de la maladie, M. Chavane a remarqué en effet que « chaque fois qu'un enfant, pour une cause pathologique quelconque, baisse de poids, l'ascension de la courbe est extrêmement rapide dès qu'il revient à la santé, comme s'il voulait regagner le temps perdu. Lorsque la maladie a été courte et que, quelques jours après la guérison, on fait la moyenne d'augmentation par jour, elle est restée normale ».

Les symptômes généraux sont souvent nuls, d'autres fois, au contraire, ils sont très marqués.

L'enfant présente un amaigrissement rapide, une teinte subictérique de toute la peau, le facies est pâle, les yeux excavés, le nez effilé.

Jamais il n'y a de fièvre.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche de la maladie est aiguë. Elle persiste rarement plus de deux ou trois semaines.

Elle guérit le plus souvent sans complication, mais dans certains cas l'enfant est atteint de muguet ou, ce qui est beaucoup plus grave, de broncho-pneumonie.

D'autres fois, elle se transforme en gastro-entérite aiguë (diarrhée toxi-infectieuse de M. Marfan). Les selles dans ce cas deviennent aqueuses, verdâtres, grisâtres et présentent une fétidité extrême. L'enfant a 10, 15 évacuations par jour, mais ce qui caractérise surtout cette affection, c'est la présence d'une fièvre intense, la température rectale peut atteindre 39°, 40° ; or, on sait combien la fièvre est rare dans les diarrhées chez les enfants.

Pronostic. — Est en général bénin, mais nous avons vu que cependant il pouvait se produire des complications redoutables.

Traitement. — Voir traitement de la diarrhée toxi-infectieuse.

2° DIARRHÉE TOXI-INFECTIEUSE (M. MARFAN)

Est la gastro-entérite aiguë des anciens auteurs.

Marfan en distingue deux formes, l'une légère qui guérit presque toujours ; l'autre grave, ressemblant à la fièvre typhoïde qui est souvent mortelle.

Dans la diarrhée toxi-infectieuse légère, les selles sont beaucoup plus abondantes que dans la dyspepsie gastro-intestinale passagère, l'enfant a 10, 15 garde-robes par jour au lieu de 6 à 8.

Les selles au lieu d'être jaunes ou vertes ou panachées sont aqueuses, verdâtres, grisâtres, mais surtout elles sont

très fétides, tandis que dans la dyspepsie gastro-intestinale elles n'ont pas d'odeur ou ont simplement une odeur fade.

Les symptômes généraux sont très marqués.

Il existe toujours de la fièvre, ce qui permet de distinguer cette forme des autres diarrhées et du choléra, la température étant normale dans les autres diarrhées, abaissée dans le choléra.

Le facies est rouge, le pouls fréquent, la peau chaude.

Il existe presque toujours de l'anoxerie.

Dans la *forme grave*, les selles peuvent atteindre le chiffre de 15 à 20 dans la journée, elles sont extrêmement fétides, changent de nature, et sont tantôt brunes, tantôt verdâtres.

Les matières sont âcres et irritantes ; aussi, malgré tous les soins de propreté, voit-on se développer souvent un érythème sur les fesses et les membres inférieurs.

Les symptômes généraux sont encore plus marqués que dans la forme précédente. En quelques jours les enfants sont réduits au dernier degré de la faiblesse, les chairs deviennent flasques, les yeux s'excavent et s'entourent d'un cercle bleuâtre, le ventre se ballonne et les enfants succombent presque toujours.

Traitement des diarrhées infantiles dues à la galactophorite de la nourrice. — Si on ne peut donner une nourrice à l'enfant, il faut lui faire prendre du lait stérilisé ou du lait d'ânesse, mais ce dernier a l'inconvénient de coûter trop cher et d'être difficile à se procurer.

Dyspepsie gastro-intestinale passagère. — Pour désin-

fecter le tube digestif on donne soit du calomel, soit du benzonaphtol.

1° Calomel — 5 centigr. en 2 ou 3 fois à une heure d'intervalle.

2° Benzonaphtol — quatre ou cinq paquets de 10 centigr. dans la journée. Le faire prendre dans le lait.

3° Pour faciliter la digestion on peut faire prendre :

Pepsine	50 centigr.
Acide chlorhydrique	5 gouttes
Julep gommeux	60 »

Une cuillerée à café un quart d'heure avant chaque tétée.

4° Il faut également administrer des lavements boriqués, 40 à 50 gr. d'eau boriquée tiède à 4 p. 100. Faire en sorte que l'enfant garde son lavement pendant cinq minutes.

Si on n'a pas d'eau boriquée on peut se servir d'eau amidonnée.

5° Pour relever les forces on donne du rhum, 2 à 3 gouttes dans chaque tétée ou 3 à 4 cuillerées à café de grog par jour.

6° Si, malgré ce traitement, la diarrhée persiste, M. Hutinel conseille le lavage de l'estomac au moyen d'une sonde de caoutchouc (dite de Nélaton) n° 15 à 20 de la filière et avec de l'eau bouillie ou de l'eau de Vichy; on met en même temps l'enfant à la diète, on ne permet que l'eau albumineuse et les grogs par cuillerées à café. Le calomel est donné après le lavage à faible dose, 5 centigr. en 3 paquets avec 40 centigr. de sucre en poudre à prendre en 3 fois à une heure d'intervalle.

Le lavage de l'estomac est facile quand l'enfant n'a pas pris de lait ; il faut donc ne le pratiquer que 2 heures au moins après la dernière tétée ; dans le cas contraire les grumeaux bouchent la sonde. — Enfin il faut compléter ce traitement par les lavages de l'intestin au moyen d'un entonnoir ou d'un siphon.

Enfin, MM. Hutinel et son élève Marois ont essayé dernièrement les injections sous-cutanées ou péritonéales d'eau salée ou de sérum artificiel dans les diarrhées vertes des nouveau-nés.

Voici le mode opératoire :

On se sert d'une seringue contenant cinq à dix centimètres cubes, celle de MM. Strauss et Collin, dont le piston est en moelle de sureau et facilement stérilisable ; on plonge cette seringue et son aiguille dans l'eau bouillante ou on la désinfecte dans la solution d'acide phénique forte.

Cette instrumentation est donc aussi simple et peu encombrante que possible.

Quant au liquide à injecter, il serait préférable qu'il fût stérilisé à l'autoclave, mais à la rigueur on peut simplement faire sa solution avec de l'eau distillée bouillie.

Une bonne formule est celle du Dr Chéron, mais modifiée. On supprime l'acide phénique et on additionne cette formule de 2 ou 4 fois son volume d'eau (1).

(1) Formule de Chéron modifiée :

Chlorure de sodium chimiquement pur.	2 gr.
Phosphate de soude chimiquement pur.	4 »
Sulfate de soude chimiquement pur,	8 »
Eau distillée stérilisée	200 à 400 »

Le sérum d'Hayem (1) constitue une très bonne solution qui se résorbe plus rapidement que le sérum de Chéron même modifié.

L'eau simplement salée ou à 7 p. 1000 est la meilleure préparation. Elle se résorbe avec une merveilleuse rapidité.

Pour prévenir l'infection des piqûres, on savonne la peau et on la désinfecte avec une solution de liqueur de Van Swieten coupée de moitié d'eau ; après l'injection on applique pendant une heure ou deux sur la piqûre un tampon de coton hydrophile imbibé d'eau boriquée.

On injecte la quantité nécessaire, on recharge la seringue une, deux ou trois fois, mais sans retirer l'aiguille.

Dans les diarrhées vertes on fait des injections quotidiennes, d'une dose totale (ou une seule fois, ou mieux en deux fois, le matin et le soir) de 30 à 40 gr. chez les nourrissons d'un jour à trois mois, de 50 à 60 gr. chez ceux de trois à six mois. Le meilleur criterium pour cesser les injections est le retour de l'appétit et l'augmentation graduelle du poids du corps.

(1) Formule d'Hayem :

Eau distillée.....	1,000 gr.
Chlorure de sodium.....	5 »
Sulfate de soude pur.....	10 »

CHAPITRE V

Choléra infantile.

Si en outre des symptômes signalés dans la diarrhée toxi-infectieuse grave, l'enfant présente de l'algidité au lieu d'hyperthermie, il a ce qu'on appelle le choléra infantile.

Les selles sont plus abondantes que dans la diarrhée toxi-infectieuse grave, l'enfant peut avoir 15, 20 garde-robes d'abord jaunâtres ou verdâtres pendant 2 ou 3 jours, puis liquides, aqueuses, mais jamais elles ne renferment de grains riziformes.

« Le pouls, dit Trousseau, devient d'une fréquence extrême, l'abaissement de la température augmente ; les extrémités, le nez, le menton, la langue se refroidissent. La peau est sèche et les ongles prennent une coloration bleuâtre. La face est plombée, les traits tirés et affaissés. »

La *durée* varie de 2 à 6 ou 8 jours. La mort est une terminaison fréquente. Elle arrive ordinairement vers les 2, 3 ou 4^e jour.

Le *diagnostic* est en général facile. On ne peut confondre cette maladie avec la diarrhée toxi-infectieuse qui s'accompagne toujours d'élévation de température.

Dans le choléra asiatique, la peau au lieu d'être sèche

est visqueuse, la cyanose beaucoup plus prononcée, les selles renferment des grains riziformes.

Traitement du choléra infantile. — Donner peu ou pas de lait pendant 2 ou 3 jours ; le remplacer par de l'eau albumineuse.

Purger l'enfant avec du calomel, 5 centigr. par jour.

Chez M. Grancher, on donne une cuillerée à café toutes les demi-heures de la potion suivante :

Acide lactique.....	2 gr.
Eau distillée.....	} à 50 »
Sirop de framboises.....	

Contre le prolapsus et l'algidité, bains sinapisés pendant 5 à 6 minutes à 38°. Piqûres d'éther et de caféine.

MM. Hutinel et son élève Marois ont essayé le même traitement que pour les diarrhées. (Voir plus haut le mode opératoire.)

1° Dans le choléra infantile foudroyant, ils essayent d'abord les injections sous-cutanées d'eau salée ou de sérum d'Hayem, mais si le liquide ne se résorbe pas, ils injectent dans le péritoine d'un seul coup 150 gr. d'eau salée physiologique chez les enfants de quelques jours à un ou deux mois, 200 à 250 gr. chez un enfant d'un an, 300 à 350 gr. chez un enfant de deux ans.

2° Dans le choléra infantile à marche moins rapide, ils font des injections quotidiennes d'une dose totale (en une seule fois ou mieux en deux fois, le matin et le soir) de 50 gr. chez les enfants de quelques jours à un ou deux mois, de 100 gr. chez ceux de trois ou quatre mois, de 150 gr. chez ceux de cinq ou six mois, c'est-à-dire

proportionnellement au développement corporel. Quand les accidents les plus menaçants ont disparu, ils diminuent les doses et les cessent seulement quand l'appétit est revenu et que l'enfant commence à récupérer le poids perdu.

CHAPITRE VI

Pour ne pas scinder leur étude, nous étudierons successivement les abcès sous-cutanés multiples superficiels et les abcès sous-cutanés multiples profonds, quoiqu'ils ne reconnaissent pas la même pathogénie.

Abcès sous-cutanés multiples des nourrissons.

Historique . — Hervieux les avait déjà étudiés en 1853 dans les *Archives générales de médecine* sous le nom de « Diathèse purulente des nouveau-nés ».

Roulland, en février 1888, publie dans les *Annales de gynécologie* un article intitulé : « Des abcès multiples chez les nourrissons ». Il distingue nettement ces abcès des abcès multiples dus à la tuberculose, à la scrofule et à la syphilis, mais il ne sait à quelle cause les attribuer.

Vilcoq en publie un cas extrêmement intéressant dans la *Revue des maladies de l'enfance*, de 1887, sous le titre de : « Note sur un cas d'abcès multiples d'origine inconnue ».

Budin les signale en 1889 dans ses leçons d'obstétrique et à l'Académie de médecine et leur attribue pour origine la galactophorite de la mère. Après avoir rapporté plusieurs faits cliniques qui semblent prouver cette

manière de voir, il ajoutait : « Je racontais un jour ces faits à M^{me} Henry, sage-femme en chef de la Maternité qui a l'habitude d'examiner très minutieusement ses malades. « J'ai eu l'occasion d'observer des faits semblables, me répondit-elle ; j'ai vu sortir par les conduits galactophores une petite quantité de liquide que j'ai cru pouvoir considérer comme du pus. De plus, quand les enfants continuent à teter leur mère, il arrive parfois qu'ils avalent du pus et j'ai noté ensuite chez certains d'entre eux la formation d'abcès multiples. » Je répondis à M^{me} Henry que je n'avais jusqu'ici rien vu de semblable, mais que le matin même, craignant des accidents de ce genre chez un nouveau-né, j'avais défendu qu'on le mit au sein de sa mère, atteinte de galactophoro-mastite. Le lendemain de cette conversation avec la sage-femme en chef de la Maternité, je constatai que l'enfant dont je lui avais parlé la veille présentait un abcès au niveau du menton. Deux jours plus tard je trouvai chez le même enfant un gros abcès sous-maxillaire gauche. Peut-être y a-t-il là une cause peu connue de production d'abcès multiples chez le nouveau-né. »

Couder publie en 1890 un cas remarquable d'abcès multiples chez les nourrissons et lui attribue les mêmes origines que M. Budin.

Escherich, Raffaelli Sarra, en Italie, Karlinski, Longard et Bumm, en Allemagne, ont également bien étudié ces abcès et en rapportent de nombreuses observations.

DIVISION. — 1° **Abcès sous-cutanés multiples superficiels.** 2° **Abcès sous-cutanés multiples profonds.**

ABCÈS SOUS-CUTANÉS MULTIPLES SUPERFICIELS

Pathogénie. — Ces abcès sont dus à la pénétration dans les glandes sébacées et sudoripares des staphylocoques qui sont déposés à la surface de la peau, soit que ces microbes proviennent directement du pus de la mère, l'enfant s'infectant par une petite plaie en prenant le sein, soit qu'ils aient été absorbés par les enfants et soient éliminés par les matières fécales. Celles-ci, en séjournant sur les cuisses, irritent la peau et facilitent la pénétration des microbes.

Siège. — Existents surtout au cou, au menton, à la bouche, aux cuisses et aux fesses, ce qui se comprend facilement d'après ce que nous avons dit de la pathogénie.

Symptômes. — Sont ceux d'un abcès chaud. On voit la peau devenir rouge, chaude, douloureuse, tuméfiée en un point. Souvent elle s'abcède à ce niveau comme dans l'anthrax et le furoncle ; si on fait une incision il sort un pus épais et abondant, puis l'abcès guérit en quelques jours, mais 8, 12, 15 jours après, on voit apparaître un second, puis un troisième abcès en un autre point du corps. Ces abcès présentent exactement la même marche que le premier. Il peut s'en produire ainsi 10, 15, 20 dans l'espace de deux ou trois mois.

Le volume de ces abcès varie depuis le volume d'une

noisette à celui d'un œuf ; quelquefois ils produisent de grands décollements, mais cela est rare.

Il n'y a pas ou peu de symptômes généraux. — Un peu de fièvre, pas de vomissements ni de diarrhée. — L'enfant conserve, en général, l'appétit ; quelquefois il existe un peu d'amaigrissement.

ABCÈS SOUS-CUTANÉS MULTIPLES PROFONDS

Pathogénie. — L'enfant absorbe les micro-organismes dans le pus : si son tube digestif est sain, il détruira ces micro-organismes, dans le cas contraire ces micro-organismes pulluleront, acquerront une virulence plus considérable, traverseront la muqueuse intestinale, pénétreront dans le sang et infecteront le tissu cellulaire sous-cutané.

Siège. — Tous les téguments peuvent être atteints. Ces abcès existent toujours en très grand nombre.

Symptômes. — Sont ceux d'un abcès froid ; forment des petites nodosités du volume d'une noisette, sont peu douloureux et difficiles à trouver. Il faut les chercher pour les sentir. La peau à leur niveau ne présente aucun changement de coloration, aucun amincissement.

Lorsqu'on les ouvre, il en sort un pus en général épais, bien lié, homogène, sans odeur ou d'une odeur fade, d'une couleur variable, blanche, grise, d'un blanc jaunâtre ou d'un blanc rougeâtre avec des détritux graisseux, mais sans vestiges de tissu nécrosé. Dans tous les cas, l'examen bactériologique y révèle l'existence du staphy -

Staphylococcus pyogenes (aureus ou albus), jamais on n'y trouve le bacille de la tuberculose.

Il existe presque toujours des symptômes généraux tels qu'une fièvre intense, de l'abattement, de la faiblesse du cri. Une diarrhée abondante, liquide, verte, fait rarement défaut.

Souvent il existe en même temps du muguet.

Pronostic. — Très grave. Les enfants succombent presque toujours, dans un état cachectique très avancé à cause de l'incessante reproduction des abcès.

Diagnostic. — Doit être fait avec les abcès multiples sous-cutanés, dus à la syphilis ou à la scrofulo-tuberculose.

ABCÈS SYPHILITQUES. — Les commémoratifs pourront être d'un grand secours. De plus, ces abcès apparaissent du 3^e au 6^e mois. Ils sont petits, assez voisins les uns des autres, occupent essentiellement le dos et surtout les lombes ainsi que les fesses et les parties postérieures et externes des cuisses. Durs à leur début, ils sont facilement confondus avec des gommes. Mais si on les laisse s'ouvrir spontanément, ils donnent issue à un pus véritable, épais, quelquefois un peu sanguinolent. Souvent l'administration du traitement spécifique a très rapidement hâté la guérison des foyers existants et manifestement arrêté la poussée abcédeuse.

ABCÈS SCROFULEUX. — Se montrent surtout de 8 à 15 mois, siègent à la face, au cou, aux membres, forment de petites tumeurs arrondies, sphériques ou obliques,

n'adhérant ni aux couches profondes de la peau ni à la face supérieure des aponévrosés. Dures au début, elles présentent après un certain temps une fluctuation plus ou moins manifeste, en même temps que la peau, d'abord incolore, devient rose, jaunâtre, violacée ; puis enfin la peau se perfore d'un ou plusieurs orifices qui se réunissent ensuite en une ouverture plus large laissant s'échapper du pus sanguinolent, verdâtre, épais, et à un moment donné un bourbillon caséeux, filamenteux.

Une fistule s'établit qui dure plusieurs semaines au minimum, après quoi des bourgeons charnus apparaissent au fond de la plaie. Le véritable nom de ces abcès est celui de gomme scrofuleuse. Brissaud et Josias y ont montré la présence de tous les éléments des tubercules. D'ailleurs, il existe presque toujours des scrofulides de la conjonctive, des otorrhées rebelles, des coryzas persistants, de l'impétigo de la face ou du cuir chevelu.

Traitement. — ABCÈS SUPERFICIELS. — Le traitement des abcès superficiels consiste à les ouvrir le plus rapidement possible et à les panser, soit en appliquant de l'emplâtre rouge de Vidal sur les orifices, soit en faisant un pansement à l'acide borique à 4 p. 100 le premier jour, puis un pansement sec après.

Bains de sublimé une ou deux fois par jour, 0,2 p. 1000.

Usage de linges d'une parfaite propreté. Soins minutieux de la peau.

Régler l'allaitement suivant l'âge.

ABCÈS PROFONDS. — Les ouvrir tous, car quoique petits ils renferment beaucoup de pus.

Pansement antiseptique.

Bains de sublimé un ou deux par jour, 0,2 p. 1000.

Faire prendre à l'enfant 0,05 de calomel en deux ou trois fois le 1^{er} jour à une heure d'intervalle.

Les jours suivants, donner une cuillerée à café du mélange suivant avant chaque tétée :

Julep gommeux.	60 gr.
Benzonaphtol.	20 centigr.
Élixir parégorique.	V gouttes

Pour un enfant de 10 mois. — Bien agiter la bouteille avant de le faire prendre.

CHAPITRE VII

Otite moyenne.

Netter a signalé la fréquence des lésions de l'oreille moyenne chez les enfants qui meurent en bas âge, de 9 jours à 2 ans. « Passé ce terme, dit-il, l'otite paraît devenir beaucoup moins fréquente. »

A l'autopsie on trouve dans la caisse un exsudat formé tantôt par du pus plus ou moins épais, tantôt par un mélange de pus et de mucus ou de la sérosité. Dans un petit nombre de cas, l'exsudat est simplement muqueux.

Le pus renferme des micro-organismes et surtout le streptococcus pyogène aureus, quelquefois le pneumocoque.

Cette otite est due à l'introduction, par les trompes, des microbes pathogènes qui existent à l'état normal dans la bouche. Ces micro-organismes, à cause de leur petit nombre, sont anodins chez les enfants bien portants, et incapables de produire de l'otite, mais si l'enfant tette du pus, ils pullulent avec une grande rapidité, deviennent plus virulents, et comme l'enfant lui-même présente une moindre résistance à cause de la diarrhée et de l'amaigrissement que cause l'absorption du pus, ils déterminent une otite moyenne, aussi est-ce surtout chez les enfants athrepsiques que Netter a signalé ces otites.

Symptômes. — Ces otites constituent de beaucoup la

plus fréquente des maladies de l'oreille chez l'enfant, mais comme les symptômes sont le plus souvent nuls, la découverte de la lésion est presque toujours une trouvaille d'autopsie.

Marche. Durée. Terminaison. — L'otite moyenne aiguë peut guérir par résolution, mais presque toujours il reste un léger affaiblissement de la fonction auditive.

Le plus souvent l'otite moyenne aiguë passe à l'état chronique. Souvent aussi il y a suppuration et comme la perforation de la membrane du tympan est extrêmement rare chez les enfants, il se produit des suppurations des cellules mastoïdiennes, des méningites, des phlébites des sinus qui sont extrêmement graves.

Pronostic. — Est très sombre non seulement au point de vue des fonctions de l'oreille, car elle détermine de la surdi-mutité, mais encore au point de vue de la vie du sujet, car elle entraîne souvent la mort par complication.

Diagnostic. — A cause de sa très grande fréquence, on doit toujours penser à l'otite moyenne chez les nouveau-nés qui présentent une affection mal déterminée avec prédominance des symptômes cérébraux. Cette maladie est souvent confondue avec la méningite.

Traitement. — Injections de liquide chaud dans l'oreille, garder un $\frac{1}{4}$ d'heure ; renouveler souvent.

Les instillations dans l'oreille de glycérine phéniquée (1 gr. d'acide phénique par 10 gr. de glycérine) calment les douleurs et peuvent juguler l'inflammation.

Ponction de la membrane du tympan.

CHAPITRE VIII

Septicémie suraiguë sans troubles digestifs appréciables.

La septicémie chez le nourrisson a une évolution extrêmement rapide.

A la suite d'absorption du pus, on voit le nouveau-né diminuer de poids, maigrir considérablement sans présenter de troubles digestifs appréciables, puis tout à coup sans que rien puisse faire prévoir ce changement, le facies s'altère rapidement, les yeux s'enfoncent dans les orbites et s'entourent d'un cercle bleuâtre, les lèvres sont cyanosées, le teint plombé, les joues marbrées de plaques rouges ; la dyspnée apparaît sans s'accompagner de signes stéthoscopiques et le malade succombe en 24 ou 36 heures après avoir perdu quelquefois le dixième de son poids comme dans l'observation que nous rapportons.

A l'autopsie, on est surpris de ne trouver le plus souvent que des lésions bronchiques limitées, laissant intacte la plus grande partie du champ de l'hématose et incapables de causer la mort par asphyxie.

L'examen histologique et bactériologique a montré que dans ces cas il fallait incriminer non pas un simple

phénomène mécanique, mais des accidents septiques d'origine microbienne.

C'est le streptocoque qui a semblé être l'agent habituel de ces infections suraiguës, car il se trouve noté d'une façon constante dans 11 observations sur 12 rapportées par MM. Hutinel et Claisse.

CHAPITRE IX

Abcès sous-maxillaires.

Dans l'observation recueillie par Cataliotti on voit l'enfant d'une femme qui avait été atteinte de galactophorite le 27 février, présenter le 28 une petite tumeur rouge, acuminée, au niveau du menton. Cette tumeur ponctionnée donne issue à une petite quantité de pus qu'on fait sortir, puis on lave la plaie au sublimé et on ferme le petit orifice par une couche de collodion.

Le 1^{er} mars on trouve chez l'enfant une tuméfaction rouge douloureuse siégeant au niveau de la glande sous-maxillaire gauche. Le lendemain, la fluctuation est très nette ; on incise l'abcès et il s'en écoule une bonne cuillerée de pus. On fait le même pansement que pour le premier abcès, la guérison est complète et l'enfant ainsi que la mère sortent de la clinique en bonne santé.

Dans ce cas la pathogénie semble bien nette. Les micro-organismes contenus dans le lait de la mère se sont trouvés en contact avec une petite excoriation siégeant au niveau du menton. Par les lymphatiques ils ont pénétré jusque dans les ganglions de la glande sous-maxillaire et ont déterminé une adénite. La pathogénie est la même que pour les abcès sous-cutanés superficiels.

CHAPITRE X

Furoncles. — Otites externes. — Sont dus à la pénétration des staphylocoques contenus dans le pus de la mère à l'intérieur des glandes sébacées et des follicules pileux ou dans les glandes sudoripares.

Présentent les mêmes caractères que les furoncles ou otites externes dus à une autre cause.

Coexistent souvent avec des abcès sous-cutanés multiples. (V. obs. XXIII.)

Traitement. — Le même que chez l'adulte. Lavage du conduit auditif externe avec une solution chaude de sublimé à 1 p. 100 ou d'acide borique à 4 p. 100.

Instillations souvent répétées de liquides chauds, émollients ou narcotiques.

Dans l'intervalle, compresses imbibées d'un liquide chaud autour de l'oreille.

Incision au besoin.

CHAPITRE XI

Conjonctivite catarrhale.

La conjonctivite catarrhale est très fréquente et se produit par contagion, soit que quelques gouttelettes de pus tombent sur l'œil de l'enfant pendant qu'il tette, soit que l'enfant porte ses mains à ses yeux, soit enfin parce que la mère avec ses mains, des éponges ou des serviettes de toilette, infecte elle-même les yeux de l'enfant.

Symptômes. — Ils n'offrent rien de particulier : ce sont ceux de la conjonctivite catarrhale ordinaire.

Traitement. — Le traitement consiste en lavages à l'acide borique toutes les 2 heures.

Cautérisation de la conjonctive avec le nitrate d'argent au 1/50 ou au 1/100 dans les cas intenses. Laver ensuite à l'eau boriquée et recouvrir les yeux de l'enfant de compresses boriquées.

CHAPITRE XII

Conjonctivite purulente.

La conjonctivite purulente se distingue de la conjonctivite catarrhale par la nature de sa sécrétion et surtout par la fréquence des complications cornéennes.

Étiologie. — La conjonctivite purulente de l'enfant pouvant produire de la galactophorite chez la mère, il n'est pas douteux qu'inversement le pus de la mère mis en contact avec la conjonctive d'un nouveau-né en état de faiblesse congénitale ne puisse déterminer chez lui de la conjonctivite purulente.

Nous signalons simplement cette complication sans y insister davantage, parce que nous n'avons pu en observer de cas par nous-même et que, dans les nombreuses observations de conjonctivite purulente que nous avons lues, on avait négligé de dire si la mère était atteinte ou non de galactophorite.

Traitement. — Il serait le même que celui de la conjonctivite purulente ordinaire.

CHAPITRE XIII

Ecthyma.

L'ecthyma infantile se montre surtout chez les enfants alimentés par de mauvaises nourrices comme l'avait déjà reconnu Butmann, ou par des nourrices atteintes de galactophorite.

Il est presque toujours précédé de fièvre intense, vomissements, diarrhée, et ne se montre le plus souvent que lorsque l'enfant présente déjà un état cachectique avancé.

Tantôt il est produit directement par la pénétration dans la peau, au niveau d'une petite excoriation, des staphylocoques contenus dans le pus sécrété par les canaux galactophores de la mère. C'est ainsi qu'on le rencontre surtout aux fesses, cuisses, aines, qui sont souvent baignées par les matières fécales ; ou à la nuque et à la face, qui sont plus exposées à être infectées par le pus.

Tantôt, au contraire, on peut le considérer soit comme la manifestation cutanée d'une sorte d'empoisonnement, soit comme le produit d'une réaction inflammatoire de la peau chargée d'éliminer les substances irritantes introduites dans l'économie. Il ne serait dans ce cas qu'un ecthyma de cause externe dans lequel l'agent vulnérant ou staphylocoque, au lieu d'aborder la peau par sa sur-

face et de dehors en dedans, l'attaquerait de dedans en dehors et pénétrerait jusque dans son intimité par l'intermédiaire des vaisseaux qui la parcourent.

Symptômes. — L'ecthyma infantile est caractérisé d'abord par des taches rouges, petites, puis par des papulopustules ou des bulles pemphigoïdes sous lesquelles se développent des ulcérations ovalaires térébrantes à bords taillés à pic, entourées d'un liséré rouge à fond grisâtre qui vont jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané. Elles restent longtemps stationnaires ou tendent peu à peu à bourgeonner, et guérissent lentement en laissant des cicatrices indélébiles.

Le **pronostic** est grave, mais pas toujours mortel.

Le **diagnostic** doit se faire surtout avec l'impétigo, mais dans l'impétigo les vésico-pustules sont d'un jaune plus doré, elles sont moins volumineuses, plus superficielles; l'inflammation périphérique est moins intense, les croûtes sont plus jaunâtres, plus mélicériques; l'éruption siège presque toujours à la face.

Le **traitement** consiste à faire sur les parties malades des lotions astringentes de feuilles de noyer légèrement chloralées et à panser avec des poudres sèches, poudre de chêne, de café, de quinquina ou de ratanhia.

Vers la fin, l'emplâtre rouge de Vidal hâte la guérison.

CHAPITRE XIV

Broncho-pneumonie.

Pathogénie. — Dès 1887 M. Sevestre signalait des cas de broncho-pneumonie qu'il croyait pouvoir rattacher à une infection intestinale et il terminait son travail par les conclusions suivantes :

1° Chez les jeunes enfants soumis à une alimentation vicieuse il peut survenir une décomposition des matières intestinales de laquelle résultent une diarrhée fétide et une entérite infectieuse ;

2° Consécutivement il peut y avoir une infection générale et particulièrement des accidents de congestion pulmonaire et de broncho-pneumonie.

Si une alimentation simplement vicieuse peut déterminer de la diarrhée et consécutivement une broncho-pneumonie, à plus forte raison l'absorption par l'enfant d'un pus qui renferme des micro-organismes très virulents peut provoquer l'apparition d'une broncho-pneumonie consécutivement à de la diarrhée.

Comment l'agent spécifique parti de l'intestin pénètre-t-il dans les poumons ?

MM. Gastou et Renard ont fait à ce sujet des recherches très intéressantes. Ils ont inoculé des cobayes et des

souris avec des cultures pures de coli-bacille successivement dans la trachée, l'intestin et le péritoine.

« Quand le coli-bacille pénétrait par la trachée, les bronchioles terminales étaient totalement envahies : on retrouvait le coli-bacille dans les alvéoles et dans les capillaires péri-bronchiques et péri-alvéolaires.

« Si le coli-bacille était injecté dans le péritoine ou l'intestin, les espaces lymphatiques péri-bronchiques, péri-alvéolaires, péri-vasculaires contenaient du coli-bacille. Il y en avait à peine dans les alvéoles et les bronches.

« Chez tous les animaux inoculés, il y avait des lésions de broncho-pneumonie et tous leurs organes donnaient des cultures pures de coli-bacille, à part l'estomac et l'intestin.

« L'expérimentation montre donc que le coli-bacille est capable de créer une véritable septicémie, qui chez l'enfant part de l'intestin et est provoquée par la diarrhée. Le coli-bacille passe de l'intestin au poumon par la voie lymphatique et sanguine et par cette voie produit des lésions des organes. »

Pour Mosny, la broncho-pneumonie est due à l'invasion dans les poumons du streptocoque qui existe toujours dans la cavité bucco-pharyngienne. Ce streptocoque, dans le cas où l'enfant s'est infecté en tétant du pus, est devenu plus virulent et il arrive dans le poumon en suivant le larynx et la trachée.

M. Marfan, sur 22 cas de broncho-pneumonie secondaire à la dyspepsie gastro-intestinale chronique des nourrissons, a trouvé six fois le streptocoque seul ou associé au coli-bacille.

De ses recherches il conclut que la présence possible du streptocoque dans les voies digestives normales permet de penser qu'il traverse la paroi intestinale et pénètre soit dans les vaisseaux lymphatiques, soit dans les radicules de la veine porte, pour arriver ensuite aux poumons; cependant il fait des réserves, parce que toutes les fois qu'il a rencontré une septicémie à streptocoques, c'était chez des nourrissons présentant des lésions cutanées très marquées, érythème ulcéré des fesses, ulcération des malléoles, abcès du cuir chevelu, etc., et il se demande si chez des nourrissons dyspeptiques ce n'est pas au niveau des lésions de la peau qu'il faut chercher la porte d'entrée habituelle des septicémies à streptocoques.

« Mais, ajoute-t-il, on peut se demander en outre si dans certains cas ce n'est pas par le poumon que le bactérium-coli et le streptocoque envahissent l'organisme. » C'est une question que la fréquence des lésions broncho-pulmonaires, d'une part, et les recherches de M. Claisse sur les infections bronchiques, d'autre part, permettent au moins de penser.

Symptômes. — Au début l'enfant est pris de diarrhée plus ou moins intense, les selles sont tantôt vertes, tantôt blanches, le plus souvent jaunâtres. Très fétides, elles se reproduisent 6, 8, 10, 15 fois dans la journée.

En même temps que la diarrhée, surviennent assez souvent des vomissements acides; le petit malade est agité, sans force, sans sommeil et maigrit rapidement. La soif est vive quoiqu'il n'y ait pas de fièvre, le pouls légèrement augmenté.

Au bout de 2 à 6 jours, la broncho-pneumonie éclate sans cause apparente.

La période d'état est annoncée par une fièvre plus ou moins intense, par l'apparition de la toux et de la dyspnée.

Couchés sur le dos, sans mouvement, ou bien sur le côté, les tout jeunes enfants présentent un facies pâle, les yeux excavés, les pupilles dilatées.

Le ventre est souvent ballonné, distendu par les gaz, sensible à la palpation. Quelquefois il est rétracté.

La langue est blanche ou grisâtre. Elle peut présenter des aphtes, des fuliginosités en même temps qu'il existe, sur les lèvres, des plaques de stomatite diphtéroïde.

La rate et le foie sont souvent augmentés de volume.

La fièvre, très irrégulière, varie entre 38° et 39°.

Le pouls atteint 120 à 140, est petit.

La toux est très variable, tantôt grasse et rare, tantôt sèche, fréquente, quinteuse.

La dyspnée est quelquefois très intense, souvent elle existe à peine.

Les signes fournis par l'auscultation varient d'un jour à l'autre.

Tantôt on entend de gros râles sous-crépitaux dans chaque côté de la poitrine, tantôt on entend des souffles dont les foyers sont très mobiles.

Chez la plupart des malades des râles fins sont prédominants aux bases, mais on les trouve également aux sommets, en avant, en arrière, dans l'aisselle.

La broncho-pneumonie évolue beaucoup plus lentement chez les nourrissons que chez les adultes. Elle ne

s'accompagne jamais d'une forte élévation de température.

La mort n'arrive pas par généralisation de l'infection, ni même par l'extension des lésions inflammatoires essentielles de la broncho-pneumonie, mais par l'énorme étendue des lésions mécaniques accessoires de l'emphysème et de l'atélectasie, lésions dont la formation est favorisée par l'étroitesse des conduits aériens et auxquelles la broncho-pneumonie doit toute sa gravité chez l'enfant. En un mot, le streptocoque semble être beaucoup moins redoutable pour l'enfant que pour l'adulte, et la gravité de ses déterminations pulmonaires dans le jeune âge, résulte bien plus des lésions mécaniques qui fatalement les accompagnent, que de l'infection elle-même. L'enfant meurt par asphyxie et non par infection comme l'adulte.

Dans le cas que nous rapportons l'enfant a très bien guéri. Il en est de même dans un autre cas qu'il nous a été donné d'observer. Cependant en général le pronostic est grave.

Diagnostic. — L'apparition de la fièvre et de la toux au cours d'une diarrhée fétide chez un enfant au-dessous de deux ans, nourri au sein et dont la mère a eu récemment une galactophorite, devra faire penser à une broncho-pneumonie d'origine intestinale.

Dans la bronchite généralisée, il n'y a pas de diarrhée.

La pneumonie est relativement rare ; la température est plus élevée, râles crépitants faciles à reconnaître.

La broncho-pneumonie de la variole, rougeole, scarlatine, diphtérie, coqueluche, se diagnostiquera grâce aux commémoratifs.

La fièvre typhoïde se reconnaîtra au moyen des commémoratifs et par la présence d'épistaxis et de taches rosées.

La broncho-pneumonie des tuberculeux pourra être reconnue par l'aspect général du malade qui a l'air d'un petit vieux et dont les traits sont ridés, la peau sèche, parcheminée, sans élasticité, les membres grêles, les cils longs et soyeux. On trouve, en outre, des traces d'abcès tuberculeux, des ganglions volumineux. La fièvre a de grandes oscillations. Les foyers de broncho-pneumonie sont plus fixes et plus étendus. La durée est plus longue et le traitement a peu de prise.

Traitement. — Le traitement de cette broncho-pneumonie est le même que celui de la broncho-pneumonie ordinaire. Enveloppement du tronc et des jambes dans de l'ouate sinapisée. Cataplasmes sinapisés sur la poitrine.

Rhums ou grogs.

Injectons d'éther et de caféine. Ipéca. Quinine.

Le muguet n'est pas une maladie due spécialement à l'absorption du pus, mais c'est une complication très fréquente dans toutes les affections cachectiques de l'enfance, aussi ne le décrivons-nous pas ici.

CHAPITRE XV

Traitement général des accidents.

Traitement préventif. Nous avons vu au traitement de la galactophorite quelles sont les précautions qui permettent d'éviter cette complication ; mais lorsqu'elle s'est produite, que doit-on faire ? Faut-il ou ne faut-il pas continuer l'allaitement ? Comment concilier les intérêts de la mère et ceux de l'enfant ? La réponse est ici bien nette :

Le sein des femmes atteintes de galactophorite ne doit pas être présenté au nourrisson tant que le lait renferme des globules de pus. Il faudra attendre au moins deux ou trois jours après la guérison complète avant de permettre à l'enfant de reprendre le sein contaminé.

C'est là l'opinion des médecins accoucheurs les plus distingués.

Bouchacourt : « Si l'abcès est lié à une inflammation de la glande, le sevrage est au premier rang des indications. »

Astley Cooper n'est pas moins affirmatif : « Dans le cas où l'abcès a envahi une grande partie de l'organe, la mamelle saine doit seule subvenir à l'allaitement, tandis que le sein affecté sera dégorgé par la malade elle-même à l'aide des appareils construits pour cet usage. »

« On ne doit pas faire teter à l'enfant le sein malade, dit O. Lannelongue ; si les deux sont pris, il faut le sevrer ou lui donner une nourrice. »

« Dans les abcès parenchymateux, dit Nélaton, le lait se trouve mélangé au pus, soit que l'inflammation existe dans les canaux galactophores, soit que le pus y ait pénétré par endosmose ou par rupture de leurs parois. Ce fait est démontré. Comment se résoudre à présenter à la bouche d'un enfant nouveau-né une mamelle dont le lait est ainsi altéré ?

Dans le cas de galactophorite l'indication est donc bien nette : il ne faut donner à l'enfant que le sein qui n'est pas malade ; si les deux sont pris il faut lui donner une autre nourrice ou le sevrer.

Nous allons examiner successivement les deux cas :

Si la glande qui n'est pas malade, sécrète suffisamment de lait, on pourra se contenter de nourrir l'enfant avec un seul sein.

Mais si le lait de la mère est insuffisant ou si les deux sont malades, que faut-il faire ?

Ici, les auteurs diffèrent un peu d'opinion.

M. Budin (1) conseille de donner une nourrice à l'en-

(1) L'appareil de M. Gentile (Voir thèse du Dr Chavane, p. 48), construit pour le service d'accouchement de la Charité, est très simple et permet de stériliser le lait dans les familles. « Les bouteilles qui « servent à la stérilisation sont graduées, la bague en est plane et « rodée. Remplies aux deux tiers de lait, elles sont recouvertes d'un « obturateur en caoutchouc en forme de champignon ou plus exactement de clou. La tige plonge dans la bouteille, la partie supérieure « coiffe la bague qu'elle ne dépasse pas sur les bords. On met les « bouteilles ainsi chargées dans un panier en fil de fer et on les

fant, mais comme cela n'est pas toujours possible il

« plonge dans un bain-marie dont le niveau atteint à peu près la
« moitié de la bouteille. Pendant trois quarts d'heure on porte à
« l'ébullition. L'air dilaté s'échappe en soulevant l'obturateur qui au
« moment où on retire la bouteille s'applique par son propre poids
« sur le goulot; la tige de caoutchouc en forme de pyramide qua-
« drangulaire empêche le déplacement latéral de la soupape.

« Par condensation de la vapeur, la pression atmosphérique fixe
« et déprime cette fermeture élastique en produisant à son centre un
« godet. Dès que les bouteilles sont froides, elles sont toutes contrô-



FIG. 1. — Obturateur
en caoutchouc.

FIG. 2. — Coupe. — Obturateur
placé après la stérilisation.

FIG. 3. — Vue extérieure.

« lées : 1° en vérifiant la dépression du bouchon, 2° en s'assurant
« que le vide y est complet.

« Pour cette dernière opération on fait l'épreuve du marteau d'eau,
« c'est-à-dire qu'après avoir renversé la bouteille on imprime à son
« fond une secousse brusque; le liquide se déplace en masse et
« vient frapper les parois du vase en produisant un bruit d'autant
« plus sec que le vide est plus parfait.

« Pour rendre ces bouteilles facilement maniables et éviter les
« inconvénients du transport, car les chocs, en soulevant le bou-
« chon, permettent la rentrée de l'air, M. Gentile joint à l'appareil

recommande l'allaitement par le lait de vache, pur,

« un petit cercle métallique s'appliquant exactement sur le bord du
« clapet. On le fixe autour de la bague de la bouteille par l'intermé-
« diaire de 2 petites lames verticales qui attiennent et se terminent
« par une partie recourbée dans laquelle on passe une ficelle ou un
« fil de laiton.

« Une fois cette armature mise en place et fixée, la dépression si
« importante du centre du bouchon peut être facilement vérifiée.

« Cet appareil quoique peu coûteux, l'étant souvent encore trop
• pour les femmes qui quittent l'hôpital, MM. Budin et Chavane
• leur conseillent un moyen extrêmement simple qui leur a déjà
• rendu beaucoup de services.

« Dans une marmite ordinaire contenant un tiers d'eau, au fond de
« laquelle elles mettent un peu de paille, elles placent leur provision
« de la journée, remplissant aux deux tiers un certain nombre de
« bouteilles quelconques, de pharmacie, par exemple. Dans chacune,
• elles mettent 100 grammes de lait environ, puis elles por-
• tent à l'ébullition, qui est maintenue pendant trois quarts d'heure;
« au bout de ce temps, elles retirent du feu leur bain-marie et appli-
« quent sur chaque fiole un bouchon de liège préalablement lavé à
« l'eau bouillante. Ce système est très imparfait et n'offre pas les
• garanties des précédents; mais dans les classes pauvres où le prix
« de l'appareil même le plus simple est encore trop élevé, le lait ainsi
« préparé nous semble préférable à l'emploi du lait bouilli.

« Il y a donc en résumé deux choses importantes et distinctes
• dans la stérilisation du lait : 1° l'opération de la stérilisation elle-
• même; 2° le maintien de cette stérilisation.

« Il ne faut stériliser que la quantité de lait nécessaire pour une
• journée. Il faut donc se procurer un nombre de bouteilles égal au
« nombre de repas que l'enfant fait dans la journée et chaque bou-
• teille doit renfermer exactement la quantité de lait nécessaire pour
« un repas.

« Avant de donner le lait à l'enfant, il faut prendre les précautions
• suivantes :

« 1° Constater pour chaque bouteille que l'opération de la stérilisa-
« tion a réussi et que le vide persiste.

« 2° Ne faire sauter le mode de fermeture qu'au moment même du
• repas du nourrisson. »

stérilisé, sans coupage. Ce lait, outre qu'il est indemne de tout micro-organisme, a encore l'immense avantage d'être plus facilement assimilable que le lait bouilli et même que le lait cru. M. Budin donne ce lait pur et en quantité variable suivant l'âge de l'enfant. Les résultats obtenus sont tellement avantageux que souvent lorsque le lait de la mère n'est pas suffisant les premiers jours sans que pour cela la mère soit malade, il donne en supplément à l'enfant 10, 15, 20 grammes de lait stérilisé toutes les 2 heures. Les enfants ainsi élevés, atteignent dès le 3^e ou 4^e jour, au lieu du 10^e, le poids qu'ils présentaient à leur naissance.

Voici la description des feuilles qui servent à inscrire chaque jour le poids de l'enfant. Ces feuilles, adoptées aujourd'hui par les services d'accouchements de Paris, ont été faites sur les indications de M. Budin auquel nous en empruntons la description :

« Cette feuille mesure 36 centim. de hauteur sur 22 de
« largeur. De petites lignes représentent les poids de
« 5 en 5 gr. Devant les lignes de moyenne épaisseur
« sont placés les chiffres 25, 50, 75 et de grosses lignes
« marquent les centaines. Ces dernières ne sont indi-
« quées que par des zéros sur la feuille imprimée. On
« dispose donc ici d'une sorte d'échelle mobile. Il suffit,
« en effet, de mettre au milieu de la colonne, devant
« les zéros qui correspondent aux centaines, le chiffre
« représentant en kilogrammes et en hectogrammes le
« poids de naissance. Comme la hauteur de la page
« permet une différence de 600 gr., on a généralement

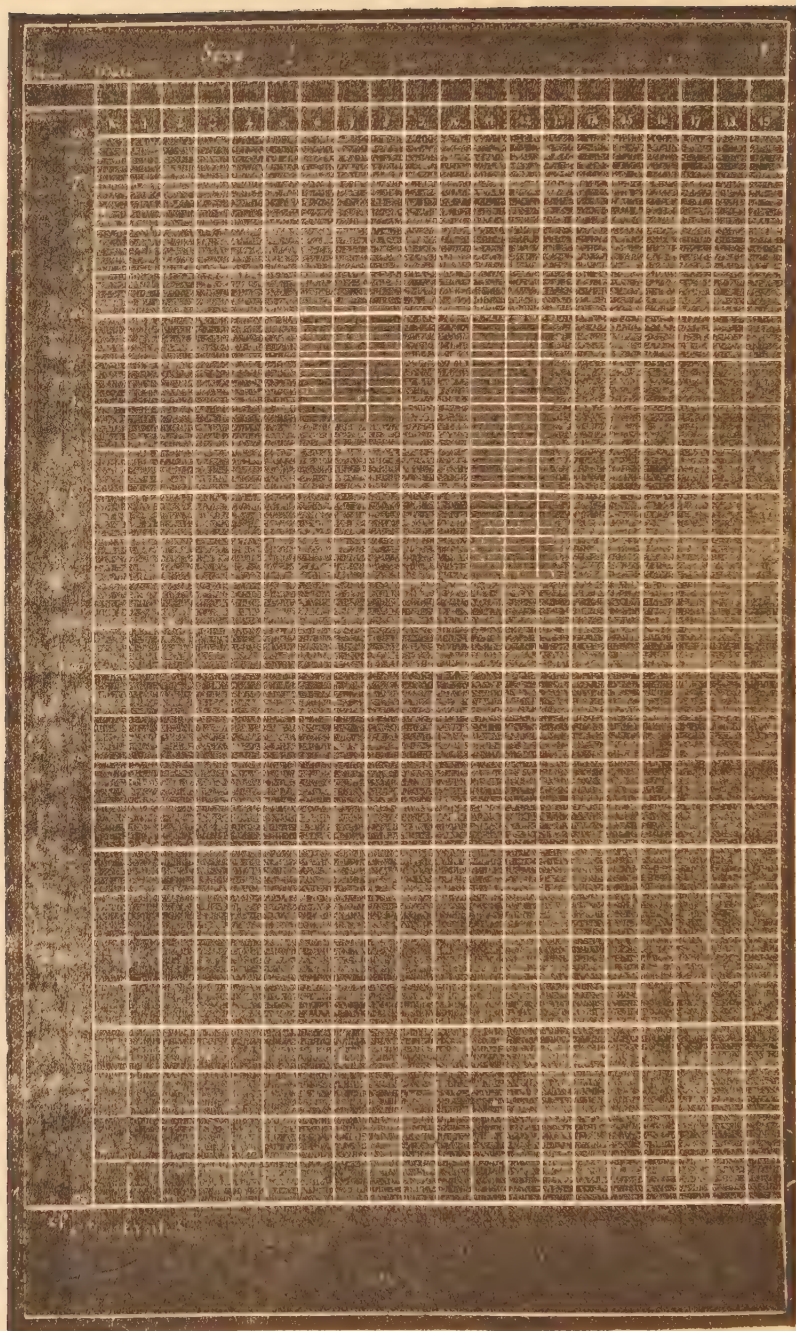


FIG. 4.

« une place suffisante pour toutes les variations qui
« surviennent pendant le séjour à l'hôpital. »

Ces feuilles sont placées à la tête du lit de la mère, à côté de la feuille de température, ce qui permet de juger d'un coup d'œil l'état des deux êtres.

Il faut peser les enfants chaque jour, à la même heure. En inscrivant le poids de chaque jour, on construit ainsi sa courbe.

Rien de plus facile alors que de se rendre compte de sa santé.

Nous reproduisons quelques figures qui permettent de voir de quelle importance est cette courbe. Souvent, en effet, l'enfant diminue de poids avant qu'on puisse soupçonner la maladie de la mère. Cette diminution doit tenir l'esprit de l'accoucheur en éveil ; il devra, dans ce cas, examiner avec soin l'état des seins de la mère.

M. Marfan conseille de donner le lait stérilisé de M. Budin ; mais, au lieu de le donner pur, il conseille de le couper avec de l'eau sucrée à 4 p. 100, suivant les proportions indiquées dans le tableau suivant :

AGE	INTERVALLES des tétées	NOMBRE de tétées en 24 heures	COUPAGES	Quantité de lait coupé ou pur par tétée	Quantité de lait coupé ou pur en 24 heures
1 ^{er} jour	1	3 ou 4	Lait de vache.. 1 Eau sucrée.... 1	?	30
2 ^e jour	Toutes les 2 h.	10	Id.	15	150
3 ^e jour	Id.	10	Id.	40	400
4 ^e jour	Id.	10	Id.	55	550
5 ^e au 58 ^e jour	Id.	10	Id.	65	650
2 ^e mois	Toutes les 2 h. 1/2	8	Lait de vache.. 2 Eau sucrée.... 1	90	720
3 ^e mois	Id.	8	Lait de vache.. 3 Eau sucrée.... 1	100	800
4 ^e mois	Toutes les 3 h.	7	Lait pur.	120	840
5 ^e mois	Id.	7	Lait pur.	120	840
6 ^e au 9 ^e mois	Id.	6	Lait pur.	150	900

Ce tableau a été fait par M. Marfan après de nombreux tâtonnements et aussi d'après les tables dressées autrefois par Biedert et récemment par Escherich, Rotch, Seibert, Bouchaud, Segond, etc. Les chiffres indiqués n'ont rien de fixe et peuvent varier avec les individus et avec la richesse du lait, mais ils ont l'avantage de donner des moyennes et des points de repère.

Le lait est coupé avec de l'eau sucrée à 4 p. 100. On met dans de l'eau bouillie 20 gr. de sucre pour 500 et on ajoute cette eau sucrée au lait avant de faire la stérilisation, de sorte que l'eau sucrée et le lait sont stérilisés en même temps. On ne débouche les bouteilles qu'au moment

de la tétée. On remplace alors l'obturateur par une tétine. Avant d'être placés dans l'appareil, les biberons et les obturateurs doivent être lavés très soigneusement avec de l'eau très chaude. Les tétines qui ont servi doivent être aussi rigoureusement nettoyées, conservées dans l'eau boriquée et passées à l'eau bouillie avant d'être adaptées au biberon.

M^{me} Henry donne presque toujours une nourrice à l'enfant même lorsqu'il n'y a qu'un sein de malade, parce qu'elle prétend que le lait diminue beaucoup et est complètement insuffisant pour nourrir l'enfant. Lorsqu'il y a impossibilité absolue de se procurer une nourrice, M^{me} Henry donne du lait stérilisé pur, comme M. Budin.

Pour le traitement de chaque maladie en particulier se reporter à ces maladies.

CONCLUSIONS

La galactophorite est fréquente chez les femmes qui ont peu de lait parce que les enfants obligés de teter longtemps et souvent finissent presque toujours par produire des crevasses.

Ces crevasses servent de porte d'entrée aux micro-organismes (staphylocoques, streptocoques) qui existent toujours à l'état normal dans la salive de l'enfant et presque toujours dans le lait de la mère.

Ces micro-organismes, inoffensifs si le mamelon est sain, pullulent, deviennent virulents lorsqu'ils sont en contact avec une excoriation et déterminent de la galactophorite.

Cette galactophorite a presque toujours un début insidieux et passe inaperçue pendant un ou 2 jours parce que l'élévation de température qui peut faire défaut, ne se produit souvent lorsqu'elle existe qu'au bout de 24 ou 36 heures. L'enfant est ainsi exposé à teter du pus.

Le pus peut déterminer chez lui des affections primitives ou secondaires.

Les affections primitives peuvent elles-mêmes être dues à l'infection de l'organisme par le tube digestif : stomatite diphtéroïde; abcès rétro-pharyngiens; dyspepsie gastro-intestinale, légère et passagère sans fièvre; diarrhée toxi-infectieuse fébrile avec fétidité des matières

se présentant sous deux formes, l'une légère et curable, l'autre grave, typhoïde et mortelle; choléra infantile; abcès sous-cutanés, multiples, profonds, otite moyenne; septicémie; ou bien sont dues à infection par contact; abcès sous-maxillaires, abcès sous-cutanés multiples superficiels; otite externe; conjonctive catarrhale, conjonctive purulente; ecthyma.

Les accidents secondaires sont la broncho-pneumonie et le muguet.

Pour éviter ces accidents le meilleur moyen prophylactique consistera dans les soins de propreté. Il faudra avoir soin de laver le mamelon avec de l'eau boricuée à 4 p. 100 avant chaque tétée.

Une fois la galactophorite produite, il faut suspendre immédiatement l'allaitement par le sein malade et donner à l'enfant une nourrice ou du lait stérilisé pur (Budin-Chavane) ou du lait stérilisé coupé d'eau sucrée (Marfan). Le traitement variera ensuite avec chaque affection.

OBSERVATIONS

OBS. I. — Clinique d'accouchement. Service de M. le Dr BUDIN. —
Galactophorite de la mère. Stomatite diphtéroïde. Dyspepsie gastro-intestinale de l'enfant.

La nommée L..., âgée de 18 ans, brocheuse, est entrée à l'hôpital de la Charité, le 17 octobre 1893. Elle est accouchée à terme, le même jour, d'un enfant bien constitué, du sexe féminin, pesant 3,460 gr.

On ne trouve chez la mère aucune trace de syphilis ou de tuberculose.

L'enfant est nourri au sein et reçoit en outre 200 gr. de lait stérilisé par jour. Après avoir diminué les deux premiers jours, il reste stationnaire le troisième jour.

Le quatrième jour, 21 octobre, l'enfant augmente de 25 gr.

Ce jour-là, à la visite du soir, la mère se plaint de malaise général, céphalalgie, etc. Comme la température a monté à 38° le soir, et que l'on ne trouve aucune cause pouvant expliquer cette élévation de température, on lui fait prendre 1 gr. de sulfate de quinine et on fait trois injections vaginales.

22 octobre. Le lendemain, le poids de l'enfant reste stationnaire. La mère présente encore une élévation de température : 38° ; on en cherche la cause avec soin et on trouve le sein droit douloureux. M. Boissard en extrait du liquide légèrement purulent dû à la galactophorite. C'est ce qui explique l'élévation de température que présentait la mère depuis 24 heures. Cette galactophorite avait passé inaperçue la veille. On fait le pansement ordinaire.

L'enfant présente sur la ligne médiane de la face interne de la lèvre inférieure une petite plaque grisâtre, très adhérente, allongée dans le sens vertical. Cette petite plaque a 3 ou 4 millim. de long. Le poids est resté stationnaire.

Le 23. L'enfant a diminué de 60 gr. On s'aperçoit que la petite plaie a considérablement augmenté et qu'elle présente l'étendue d'une petite

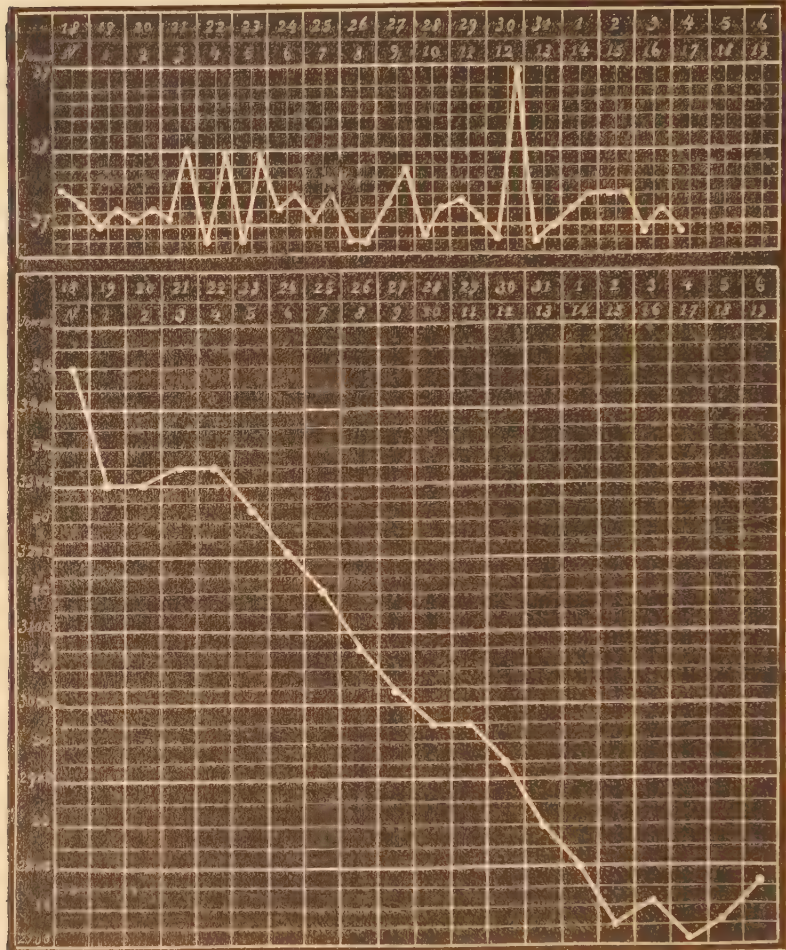


FIG. 5 et 6.

lentille. On donne à l'enfant 300 gr. de lait stérilisé par jour et on supprime l'allaitement par le sein malade. Par expression, on retire une cuillerée à café de pus du sein.

Le 24. La mère va mieux ; température, le matin, 37° ; le soir, 37°,8 ; on continue toujours le même pansement. L'enfant s'était déjà infecté depuis plusieurs jours par sa petite plaie ; car, malgré les soins de propreté les plus minutieux, celle-ci présente une petite plaque blanchâtre, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes. De plus, l'enfant a beaucoup de diarrhée jaune et il diminue de 50 gr.

Le 25. La mère va tout à fait bien. Température normale. L'enfant continue de diminuer et il perd 80 gr. La plaque blanchâtre présente l'étendue d'une pièce de 50 centimes environ. La diarrhée est toujours intense, l'enfant a au moins une dizaine de garde-robes par jour.

Le 27. On n'a pas pansé la mère le 26, parce qu'elle n'avait pas de fièvre ; mais ce jour, c'est-à-dire le 27, elle a 37°,4 le matin et 37°,8 le soir. On retire un peu de pus par expression. L'enfant a toujours une diarrhée très intense. La petite plaque semble se résorber. On lui fait prendre 0 gr. 05 de calomel et 400 gr. de lait stérilisé. Le poids a diminué de 55 gr.

Le 28. La mère va bien, n'a plus de fièvre, mais l'enfant va de plus en plus mal. Sa diarrhée est toujours très intense, les garde-robes sont panachées ; on lui fait prendre seulement 200 gr. de lait stérilisé et de l'eau albumineuse. Son poids a diminué de 50 gr.

Le 29. Le poids de l'enfant reste stationnaire ; il continue toujours de teter le sein gauche. La plaque a presque complètement disparu, excepté à la partie supérieure où existe une petite plaie qui commence à se cicatriser.

Le 30. La mère présente une galactophorite très intense à gauche avec un peu de lymphangite. Les ganglions de l'aisselle sont tuméfiés. Expression. Pulvérisation boriquée, compression.

Ce jour-là, l'enfant perd 50 gr. On lui donne 600 gr. de lait stérilisé et on supprime complètement l'allaitement maternel. La plaque diphtéroïde est guérie.

Le 31. La mère va beaucoup mieux. L'enfant perd 46 gr. Il présente un teint subictérique, les yeux sont excavés, le nez effilé, les garde-robes mélangées de jaune et de vert sont entourées d'un mucus très abondant. On lui fait prendre 3 paquets de benzonaphtol de 10 centigr. chaque et on lui administre 2 lavements boriqués.

1^{er} novembre. La mère est complètement guérie. L'enfant présente un amaigrissement de plus en plus considérable. Il a perdu encore 50 gr. Même traitement que la veille.

Le 2. Garde-robes jaunes très abondantes et très fétides ; l'enfant a diminué de 25 gr. On lui fait prendre seulement 300 gr. de lait stérilisé et 200 gr. d'eau albumineuse.

Le 3. L'enfant a augmenté de 30 gr., mais il a toujours de la diarrhée.

Le 4. Diarrhée toujours très abondante, mais moins fétide ; l'enfant diminue de 50 gr.

Le 5. Augmentation de 25 gr.

Le 6. L'enfant augmente de 50 gr. Très peu de diarrhée.

Le 7. Les garde-robes ne sont plus fétides. L'enfant a augmenté de 25 gr.

Le 8. Poids stationnaire.

Le 9. État général de l'enfant beaucoup moins grave. L'amaigrissement a en partie disparu. L'enfant a cependant diminué de 25 gr.

Le 10. L'enfant a augmenté de 75 gr. Il sort en assez bon état.

OBS. II. — Clinique d'accouchement. Service de M. le Dr BOISSARD. —
Galactophorite de la mère. Dyspepsie gastro-intestinale légère de l'enfant.

La nommée Juliette Cail..., âgée de 22 ans, couturière, est accouchée le 21 septembre 1893, à l'hôpital de la Charité, d'un enfant du sexe féminin, bien conformé, mais chétif et pesant 2,810 gr.

L'enfant est nourri au sein, mais comme la mère a très peu de lait, on lui fait prendre les 2 premiers jours 15 gr. de lait stérilisé toutes les 2 heures.

Après avoir diminué de 75 gr. le premier jour, il augmente dès le second jour et gagne 30 gr. On supprime le lait stérilisé et l'enfant n'est plus nourri qu'avec le lait de sa mère.

Le 24 septembre. L'enfant augmente de 50 gr.

Le 25. Il augmente encore de 30 gr.

Le 26. L'enfant augmente de 25 gr. et, comme la mère présente une température de 38°,8 le matin, qu'elle se plaint de souffrir dans les seins, que l'examen local révèle la présence d'une galactophorite, on

supprime aussitôt l'allaitement du sein malade et on fait prendre à l'enfant 40 gr. de lait stérilisé toutes les 2 heures.

On fait de l'expression sur le sein malade, ainsi que des pulvérisations boriquées, puis on applique un bandage compressif, etc.

Le soir, la mère ne souffre plus et n'a pas de température. on exprime encore le sein et on retire environ 10 gr. de pus.

Le 27. Mère va bien, on fait le même pansement que la veille. L'en-

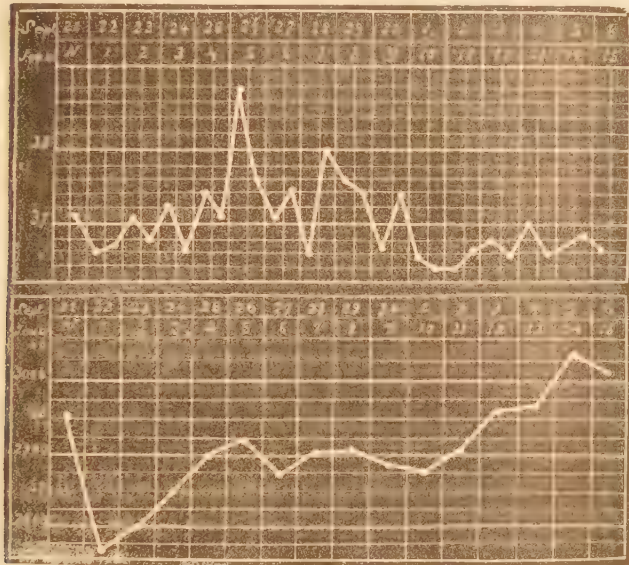


FIG. 7 et 8.

fant a de la diarrhée jaune et a perdu 50 gr. de son poids. On lui fait prendre 50 gr. de lait stérilisé toutes les 2 heures.

Le 28. L'enfant a augmenté de 24 gr., cependant il continue d'avoir un peu de diarrhée.

Le 29. Toujours de la diarrhée, 3 paquets de 0,10 de benzo-naphtol. L'enfant présente le même poids que la veille. Le ventre est légèrement ballonné.

Le 30. La diarrhée a diminué un peu, cependant l'enfant a encore perdu 10 gr. On supprime le lait stérilisé et il est nourri complètement au sein.

Le 1^{er} octobre. L'enfant a diminué de 10 gr., mais n'a presque plus de diarrhée. L'état général est assez bon.

Le 2. La diarrhée a disparu. L'enfant a augmenté de 10 gr.

Le 3. L'enfant va tout à fait bien. Il a augmenté de 50 gr.

Le 4. L'enfant augmente de 15 gr.

Le 5. Augmentation de poids de 60 gr.

Le 6. L'enfant sort en très bon état, il a perdu 10 gr.

Cette observation est très intéressante en ce qu'elle prouve l'avantage qu'il y a à faire le plus tôt possible le diagnostic de galactophorite et à suspendre l'allaitement par le sein malade.

Dans le cas actuel, l'enfant était chétif puisqu'il ne pesait que 2,810 gr. à sa naissance, et cependant, malgré la galactophorite de sa mère, il n'a perdu que 50 gr. de son poids.

OBS. III. — Clinique d'accouchement. Service de M. le D^r BUDIN. —
Galactophorite de la mère. Dyspepsie gastro-intestinale de l'enfant.

La nommée P..., âgée de 28 ans, domestique, est accouchée à la Charité, le 9 mars 1892, à 8 mois 1/2 d'un enfant bien constitué pesant 2,450 gr., sexe masculin.

Cet enfant a été nourri au sein de sa mère et avec du lait stérilisé pendant 7 jours.

Après avoir perdu 250 gr. le 1^{er} jour, il a augmenté de 25 gr. le 11 mars. Est resté stationnaire le 12. Puis a augmenté de 25 gr. le 13 et de 30 gr. le 14.

Le 15, il est resté stationnaire et a commencé à avoir de la diarrhée jaune. On lui a fait prendre 2 cuillerées à café d'eau naphtolée. On ne savait à quelle cause attribuer cette diarrhée, lorsque le lendemain :

Le 16, la mère s'est plainte de douleurs vagues, dans le sein gauche à la partie externe. Ce jour-là l'enfant a diminué de 35 gr.

Le 17. Les douleurs du sein gauche avaient augmenté, mais on ne trouvait rien localement :

L'enfant a de la diarrhée verte très abondante, on lui fait prendre de nouveau 2 cuillerées d'eau naphtolée. Son poids a diminué de 75 gr.

Le 18. La mère présente une élévation de température 38°,5 le matin, et 38° le soir. Le sein gauche est très douloureux et présente des noyaux indurés à la partie inférieure. La pression à ce niveau est extrêmement douloureuse.

Par expression on retire environ une cuillère à café de pus. On cesse l'allaitement par le sein malade et on donne à l'enfant du lait d'ânesse et du lait stérilisé. Son poids reste stationnaire.

Le 19. La mère va bien. On fait encore un peu d'expression. L'enfant a perdu 100 gr. de son poids. Il a toujours une diarrhée verte très abondante. On lui fait prendre 2 cuillerées d'eau naphtolée.

Le 20. Le poids de l'enfant a encore diminué de 50 gr. La diarrhée n'est plus verte, mais jaune. On remplace l'eau naphtolée par une demi-goutte de laudanum.

Le 21. Le poids de l'enfant est resté stationnaire. On lui donne de l'eau de chaux et une demi-goutte de laudanum.

Le 22. L'enfant perd 25 gr. de son poids. La diarrhée a beaucoup diminué. Les garde-robes sont normales comme aspect :

Mais les jours suivants, la diarrhée disparaît complètement. L'enfant va de mieux en mieux et il sort le 26 mars après avoir augmenté de 250 gr. en 4 jours.

Obs. IV. — Clinique d'accouchement. Service de M. le Dr BOISSARD.

Galactophorite de la mère. Dyspepsie gastro-intestinale légère de l'enfant.

Charlotte D..., âgée de 32 ans, couturière, est accouchée à terme le 11 octobre 1893, à la Charité, d'un enfant du sexe masculin, bien constitué, pesant 3,870 gr.

Cette femme avait déjà eu un enfant qui était mort de diarrhée à 1 mois.

Lessuites de couches ont été normales jusqu'au 6^e jour, la mère nourrit elle-même son enfant; mais comme elle a peu de lait, on fait prendre 20 gr. de lait stérilisé toutes les 2 heures au nourrisson.

Après avoir perdu 175 gr. les 3 premiers jours, l'enfant a commencé à augmenter de poids le 4^e jour et a gagné 50 gr.

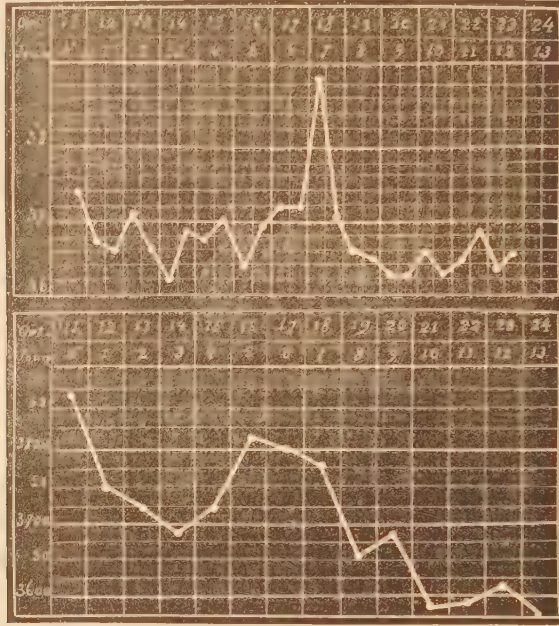


FIG. 9 et 10.

Le lendemain l'ascension a été encore plus rapide, l'enfant augmente de 70 gr.

Le 6^e jour au matin, la mère se plaint de malaise général, céphalalgie, douleurs dans le sein gauche, mais l'examen local ne révèle rien, sauf de petites crevasses au niveau du mamelon. De plus, il n'y a pas d'élévation de température, aussi ne s'en inquiète-t-on pas.

Le soir les douleurs sont plus vives dans le sein gauche, il n'y a toujours pas de fièvre. L'enfant continue de prendre le sein. Le matin il avait diminué de 25 gr.

Le 7^e jour, au matin, la mère se plaint d'avoir passé une mauvaise nuit. Les douleurs dans le sein gauche sont devenues très intenses. La température a monté jusqu'à 38°,8.

En examinant avec soin le sein gauche, on le trouve très tuméfié. De plus, il existe à la partie inférieure un noyau induré du volume d'une noix, dont la pression est très douloureuse. M^{lle} Hénault fait l'expression suivant la méthode de M. Budin, et après avoir retiré d'abord la valeur de deux cuillerées à café de lait qui semble normal, elle fait sortir ensuite une cuillerée à café au moins d'un liquide très épais présentant tous les caractères du pus. On fait une pulvérisation boriquée, puis on applique des compresses boriquées sur le sein, et on exerce une compression très énergique.

L'enfant a perdu 20 gr. On supprime l'allaitement par le sein malade et on augmente de 10 gr. par tétée la quantité de lait stérilisé qu'on lui faisait prendre, ce qui fait 30 gr. de lait stérilisé toutes les 2 heures.

Le soir, nouvelle expression par M^{lle} Hénault, pulvérisation et compression. La malade ne se plaint plus. La température est normale.

Le 8^e jour. La mère a passé une bonne nuit. Elle n'a pas de fièvre. M. Boissard exprime le sein et retire environ 2 cuillerées à café de pus; même pansement que la veille.

L'enfant a diminué de 125 gr. Il a une diarrhée jaune très abondante. On lui donne 40 gr. de lait stérilisé toutes les heures, 0,05 centigr. de calomel en 2 fois et 1 lavement boriqué.

Le soir, nouveau pansement du sein, il sort très peu de pus.

Le 9^e jour. La mère va très bien : ni malaise, ni fièvre. L'expression du sein ne ramène plus de pus.

L'enfant a augmenté de 30 gr.; il a cependant toujours beaucoup de diarrhée

Le 10^e jour. On ne fait plus d'expression du sein malade, on se contente de la compression. La mère va très bien.

L'enfant a diminué de 100 gr. Comme la diarrhée est toujours très abondante, on lui donne 3 paquets de benzo naphtol et on continue les lavements boriqués, 2 par jour.

Le 11^e jour. La mère va toujours bien : ni fièvre, ni douleur.

Le poids de l'enfant a augmenté de 10 gr., la diarrhée a beaucoup diminué. On supprime complètement le lait stérilisé et l'enfant tette les 2 seins de sa mère.

Le 12^e jour. La mère et l'enfant se portent très bien. L'enfant a augmenté de 30 gr. Aspect général très bon.

Le 12^e jour. La mère va toujours bien. L'enfant a un bon état général, cependant il a diminué de 50 gr. Malgré cela la mère demande à partir.

Cette observation est très intéressante, car le malaise dont la mère se plaignait depuis 48 heures, et dont on ignorait la cause, était dû à un début de galactophorite. On n'a fait le diagnostic que le 7^e jour au matin. L'enfant tétait du pus depuis déjà 48 heures, en petite quantité il est vrai, mais cela suffit pour expliquer sa diarrhée et sa perte de poids qui a atteint 250 gr. en 8 jours.

La mère ayant voulu sortir malgré l'avis de M. Boissard, on n'a pas pu poursuivre l'observation plus loin, mais on voit que l'enfant n'était pas encore guéri.

OBS. V. — Service d'accouchement de M.^{lle} D^r BUDIN. — *Galactophorite de la mère. Dyspepsie et muguet de l'enfant.* (Observation prise par M^{lle} LANDAIS, élève du service. Th. D^r CATALIOTTI.)

Esther Tav..., 38 ans, cuisinière. Vpare. Accouchée le 9 avril 1888. Accouchement normal, rétention de membranes qui passe inaperçue.

Les seins de la parturiente présentent tous les caractères normaux.

Lors de son premier accouchement, elle avait beaucoup de lait et son enfant tétait bien. Il survient une inflammation du sein droit, 12 sangsues y sont placées dans le but de prévenir l'abcès qui aboutit quand même. Elle suspend l'allaitement, se soigne pendant 3 semaines et guérit.

Dans les 3 grossesses suivantes, trouvant que l'allaitement par le sein abcédé est plus difficile pour l'enfant et plus pénible pour elle, elle

évite de s'en servir et l'organe, ainsi inoccupé, sécrète peu et reste peu volumineux. D'ailleurs elle n'allaita que pendant son séjour à l'hôpital.

Après le dernier et récent accouchement le même fait se renouvelle. La parturiente n'utilise guère que son sein gauche.

Cependant l'enfant prospère et augmente de volume pendant les premiers jours.

Le mardi 10 avril 1888, le bout du sein surmené (le gauche) s'enflamme; il est gros comme le pouce et très douloureux pendant la succion. En même temps y apparaissent des gerçures.

Nous faisons faire le pansement habituel (compresses alcoolisées, relevures et compression) et nous engageons la malade à se servir davantage du sein droit, mais celui-ci donne peu de lait.

L'enfant souffre, diminue de poids et a du muguet.

On fait aider la mère, dont le lait paraît d'ailleurs assez pauvre, par une nourrice. Celui que l'on fait sourdre à l'issue des tétées est aussi aqueux que celui qui a séjourné dans les canaux galactophores.

Le 12. Il se produit dans la nuit un engorgement assez considérable du sein gauche. Nous le trouvons le lendemain matin très volumineux, tandis que le droit reste relativement petit. La température est de 39°.

M. Budin, en pressant le sein engorgé, fait sortir à la surface du mamelon, par les orifices des canaux galactophores, une matière semi-liquide qui présente les caractères objectifs du pus. Il en fait sortir une certaine quantité, puis il en fait recueillir dans des tubes pour l'examen microscopique.

Cet examen fait par M. Vignal a montré qu'il s'agissait bien en effet de pus, sans traces même de globules de lait.

La coloration par la méthode de Gram y a décelé des micro-organismes sphériques, les uns enfermés dans les globules de pus, les autres à l'état libre.

La culture a produit ultérieurement le staphylococcus pyogenes aureus et le staphylococcus albus.

Aucun autre micro-organisme ne s'est montré sur les plaques de culture.

Le 13. Soir. 38°,5.

Le 14. Matin, 37°,2.

M. Budin procède à l'élimination de tout le pus par des pressions répétées.

Plusieurs caractères cliniques distinguent ce pus du lait, même épais et jaune ; les voici, d'après ce que M. Budin a dit aux élèves, au lit de la malade :

1° Sa couleur d'un jaune moins éclatant, plus grisâtre ou plus verdâtre ;

2° La consistance plus grande et plus homogène ;

3° Sa manière d'imbiber la toile ou l'ouate : le lait y pénètre plus vite, et à la fois plus profondément et plus largement ; le pus y reste plus superficiellement comme en relief, et pénètre moins profondément et moins vite ;

4° Sa manière de quitter le mamelon : le lait à mesure qu'il sort, coule entraîné par sa fluidité ; le pus s'accumule d'abord à l'orifice du conduit, puis, seulement lorsque sa masse est suffisante tombe, entraîné par son poids.

Il est facile de voir que le pus vient des parties profondes de la glande. On fait sortir le pus par deux sortes de pressions : la première, profonde et d'arrière en avant, le fait passer des acini dans les sinus ; la seconde, plus superficielle, l'entraîne des sinus au dehors. On répète cette manœuvre autant de fois qu'il est nécessaire, pour qu'il ne reste plus de pus dans la glande.

Le pus sort d'abord par un premier canal galactophore, puis par un second et enfin par un troisième. Nous avons exprimé la valeur de 2 à 3 cuillerées à soupe ; à la suite de cette manœuvre, la tuméfaction qui existait dans l'épaisseur de la glande mammaire a presque complètement disparu. Le même soir à la visite, la malade témoigne spontanément le soulagement que lui a procuré cette intervention.

Elle expulse le même jour par les organes génitaux un lambeau de membrane de la largeur de la main.

Le 15. Température normale. Nous essayons vainement de retrouver du pus dans le sein.

Le 16. D'un canal galactophore, il sort à la pression un peu de sérosité, mais pas de pus.

La malade a quitté l'hôpital quelques jours plus tard, le sein guéri.

Dès la première constatation de la présence du pus, l'allaitement par le sein gauche a été suspendu.

Obs. VI. — Clinique d'accouchement. Service de M. le Dr BUDIN. —
Galactophorie de la mère. Dyspepsie gastro-intestinale de l'enfant.

La nommée V..., âgée de 26 ans, couturière, est accouchée à terme, le 13 janvier 1893, à la Maternité de la Charité, d'un enfant du sexe féminin, bien constitué, pesant 3,500 gr.

Cet enfant a été nourri à l'allaitement mixte pendant 3 jours, puis exclusivement les 5 jours suivants au sein de sa mère. Après avoir perdu 75 gr. en 2 jours, il augmentait, dès le 3^e jour, de 50 gr. Le 4^e jour, de 75 gr. Le 5^e jour, de 20 gr., et le 6^e jour, de 75 gr.

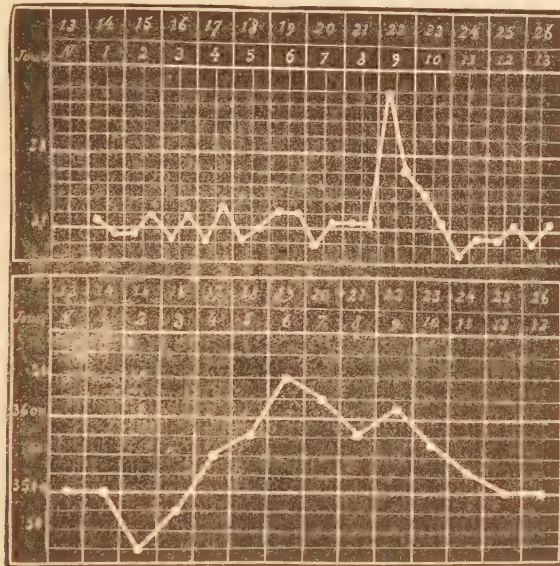


FIG. 11 et 12.

Cet enfant pesait donc, le 6^e jour, 150 gr. de plus qu'à sa naissance.

Le 7^e jour. L'enfant diminue de 25 gr., mais comme il avait beaucoup augmenté la veille, on ne s'en inquiète pas.

Le 8^e jour. L'enfant diminue de 50 gr.

D.

14

Immédiatement après, nous en obtenons encore une cuillerée environ dont la première partie vient par les orifices déjà cités et la dernière partie par un troisième canal galactophore dont l'orifice est placé plus bas que le mamelon. A la suite de cette expression de pus, nous avons pris la température dans l'une et l'autre aisselle. Elle était de 39°,4.

Le 30, soir. On fait sortir, par les mêmes orifices, une nouvelle quantité de pus équivalente tout au plus au quart de celle qu'on avait exprimée le matin.

1^{er} mai. Nouvelle quantité de pus extraite par M. Budin, moins considérable que celle de la veille au matin. Elle vient par les deux premiers orifices. Température normale.

Le soir, on fait sortir, par le premier orifice, une petite quantité de pus mélangé de beaucoup de lait. C'est cet orifice qui a donné le plus de pus. Température normale.

Le 2. Il ne sort par le mamelon que du lait, il reste une légère trace de la lymphangite superficielle. Le ganglion de l'aisselle a disparu.

Il y a encore un noyau induré dans la partie inférieure du sein. Température normale.

La malade est encore restée deux jours à la clinique sans qu'il repaisse de pus.

L'enfant qui a pris le sein pendant la nuit du 28 avril et la journée du 29, alors que la collection trouvée lundi était au moins en voie de formation, n'a pas eu le moindre accident, sauf de la diminution de poids. On lui a donné une nourrice et il a rapidement cessé de diminuer de poids.

Obs. XI. — Clinique d'accouchement. Service de M. le D^r BOISSARD. —
Galactophorite de la mère. Dyspepsie gastro-intestinale de l'enfant.

La nommée Clémentine Riv... est entrée le 18 octobre 1893 à l'hôpital de la Charité, où elle est accouchée le jour même d'un enfant du sexe masculin, bien constitué et pesant 3,200 gr.

Cette femme a déjà accouché trois fois et tous ses enfants sont vivants et bien portants.

Après avoir diminué les 2 premiers jours, l'enfant a commencé à aug-

menter dès le 3^e jour, quoique la mère eût peu de lait, et que l'on ait été obligé de donner 20 gr. de lait stérilisé en supplément toutes les 2 heures.

Le 14 octobre au matin, l'enfant avait augmenté de 75 gr.

Le soir, la mère se plaint d'une douleur dans le sein gauche, on lui fait de la compression, mais elle continue à allaiter son enfant des deux seins.

Le 15. La mère se plaint toujours de douleur dans le sein gauche, mais l'examen le plus minutieux ne permet de rien découvrir. L'enfant a diminué de 10 gr.

Le 16. La mère souffre beaucoup dans le sein gauche qui est augmenté de volume et présente des noyaux indurés à la partie externe.

On fait de l'expression et on retire un liquide louche qui ressemble à du pus. On pratique une pulvérisation boriquée et on applique des compresses boriquées.

Le soir l'expression permet de retirer une cuillerée à café environ de liquide franchement purulent. La température de la mère monte à 38°,4. On supprime l'allaitement par le sein malade et l'enfant ne prend plus que le sein droit sans supplément de lait stérilisé. Il avait diminué de 10 gr. le matin.

Le 17. La mère a beaucoup souffert dans la nuit. On retire encore par expression une certaine quantité de pus. Même pansement que la veille. Pas de température. L'enfant a diminué de 45 gr. Il a de la diarrhée jaune. On lui fait prendre deux cuillerées à café de benzonaphtol et 2 lavements boriqués.

Le soir on extrait encore environ une cuillerée à café de pus du sein de la mère. Température normale.

Le 18. La mère va très bien, n'a pas de fièvre. On ne retire pas de pus. L'enfant a diminué de 50 gr. Diarrhée toujours très abondante. On donne à l'enfant 20 gr. de lait stérilisé toutes les 2 heures.

Le 19. La mère va très bien. L'enfant a beaucoup moins de diarrhée, son poids est resté stationnaire.

Le 20. État général très bon de la mère. L'enfant n'a plus de diarrhée, il a augmenté de 80 gr.

Le 24. La mère va toujours bien. L'enfant a perdu 10 gr., mais il n'a plus de diarrhée et son état général est excellent.

Le 19. Le poids reste stationnaire, mais le 20 janvier l'enfant augmente de 50 gr. Il sort en très bon état, le 21 janvier.

OBS. IX. — Clinique d'accouchement. Service de M. le Dr BUDIN. — *Galactophorite de la mère. Dyspepsie gastro-intestinale légère de l'enfant. Muguet.*

La femme B..., âgée de 28 ans, fleuriste, est accouchée à terme à la Maternité de la Charité, spontanément, le 12 juillet 1892, d'un enfant du sexe masculin pesant 3,575 gr., bien constitué.

L'enfant, nourri exclusivement au sein, diminue les trois premiers jours, puis il commence à augmenter dès le 4^e jour et gagne 25 gr.

Le 17 juillet. L'enfant est pris de vomissements très abondants. Il diminue de 150 gr.

Le même jour, à la visite du soir, la mère présentait 39° comme température et se plaignait de souffrir dans le sein gauche. On diagnostique de la lymphangite avec de la galactophorite. On fait le pansement ordinaire. L'allaitement du sein malade est supprimé.

Le 18. La mère va déjà mieux. On la panse matin et soir, mais l'enfant a encore diminué de 100 gr., il a beaucoup de diarrhée jaune.

Le 19. La mère est guérie, mais l'enfant a diminué de 50 gr. On lui fait prendre 100 gr. de lait stérilisé. Diarrhée jaune toujours très abondante.

Le 20. L'enfant a augmenté de 25 gr., mais la diarrhée persiste.

Le 21. Il gagne encore 25 gr. ; mais dans la journée il est atteint de muguet. On lui badigeonne la bouche avec de l'eau de Vichy.

Le 22. L'enfant diminue de 25 gr. Plus de diarrhée.

Le 23. Il augmente de 50 gr. Le muguet a complètement disparu.

Le 24. Le poids reste stationnaire.

Le 25. Il augmente de 30 gr.

Le 26. Il augmente encore de 50 gr., et il sort en bon état.

OBS. X. — Clinique d'accouchement. Service de M. le Dr BUDIN. — *Galactophorite de la mère. Dyspepsie gastro-intestinale légère de l'enfant.* (CATALIOTTI, th. 1889.)

Flore Dem..., 27 ans, mécanicienne, entre à la clinique le 17 avril 1888, accouche normalement le 21 avril.

La parturiente a eu déjà, en 1880, une fille qu'elle a nourrie pendant 3 mois et un garçon, en 1885, qu'elle n'a pas allaité.

Dans ces deux cas, aucun phénomène pathologique du côté des seins.

En 1886, elle eut un garçon. Elle allaita ce 3^e enfant pendant 30 jours. Vers le 12^e jour après l'accouchement elle eut de la lymphangite qui dura 3 jours seulement.

Ces trois premières grossesses avaient été marquées par une augmentation de volume des varices qui existent à la jambe et à la cuisse droite, par la lactorrhée dans la première période et une grande quantité de lait au moment de l'accouchement. Dans la dernière grossesse (quatrième), il n'y eut pas d'apparition de lait dans les seins qui, au moment de l'accouchement, étaient encore flasques et vides. La montée du lait se fit le lendemain.

Il y avait eu dans chacun des trois derniers mois une perte de sang ayant duré un jour et sans coïncidence avec l'époque des règles.

L'allaitement marche bien et l'enfant augmente de poids jusqu'au 28 avril. Ce jour, il perd 45 gr.

Une gerçure en forme de croissant, longue d'un centimètre, s'est produite à la base et à droite du mamelon droit. Le sein est douloureux.

Dans la nuit du 28 au 29, la malade ne peut dormir.

La température du matin est de 38°,4. Douleur dans le sein. On fait le pansement avec des compresses trempées dans la solution de naph-tol β et de la compression.

Température du soir, 38°,4.

30 avril. Matin, température 38°,3. Lymphangite superficielle occupant au moins le quart de la surface du sein, s'étend depuis le mamelon jusque sous l'aisselle où l'on trouve un petit ganglion de la grosseur d'une noisette. Le sein est engorgé, on y sent des noyaux d'induration.

M. Budin procède à la recherche du pus dans les canaux galactophores, et en extrait approximativement la valeur de trois cuillerées. Il vient d'abord par un seul orifice à droite et en haut du mamelon, puis par un second à gauche et plus bas.

M. Vignal recueille une certaine quantité de ce pus pour en faire l'examen histologique et bactériologique.

Le 9^e jour, au 22 janvier, la mère, jusque-là très bien portante, se plaint de douleurs dans le sein gauche; sa température est montée à 39°. L'examen local permet de faire le diagnostic de galactophorite, et on retire du pus par expression, puis on fait le pansement habituel.

L'enfant ne tette plus qu'un sein de sa mère (le droit) et prend 200 gr. de lait stérilisé.

Le soir, la mère n'a plus de fièvre. Elle a été très soulagée par le pansement qu'on renouvelle.

L'enfant a augmenté de 30 gr.

Le 23. Diminution de poids de 60 gr.; cependant, l'enfant n'a pas de diarrhée. Le 24, diminution de poids de 40 gr.

Le 25. Il diminue de 20 gr. seulement. On supprime le lait stérilisé et il est nourri complètement au sein, sa mère étant guérie de la galactophorite.

Le 26. Le poids reste stationnaire. La mère demande à sortir.

Obs. VII. — Clinique d'accouchement. Service de M. le Dr BOISSARD.
— *Galactophorite de la mère. Dyspepsie gastro-intestinale légère de l'enfant.*

La nommée Marie F..., 29 ans, cuisinière, est accouchée à la Maternité de la Charité, le 7 août 1893, d'un enfant venu à terme, bien conformé, du sexe féminin, pesant 3,720 gr.

L'enfant est nourri au sein de sa mère jusqu'au 12 août. Il reçoit en outre d'abord 200 gr. de lait; puis, à partir du 3^e jour, 400 gr. de lait stérilisé par jour.

Dès le 3^e jour, l'enfant, qui avait perdu 150 gr. les 2 premiers jours, commence à augmenter.

Le 10 août. Il gagne 25 gr.

Le 11. Il gagne 80 gr.

Le 12. Il gagne 50 gr.

Ce jour-là, la mère présente un peu de galactophorite. Sa température monte à 39° le soir. L'enfant continue à prendre le sein.

Le 13. L'enfant augmente de 75 gr., mais le lendemain, il diminue

de 40 gr. et est atteint d'une diarrhée jaune très abondante. On supprime l'allaitement maternel que l'on remplace par 500 gr. de lait stérilisé.

Le 15. L'enfant diminue encore de 40 gr. La diarrhée continue, mais moins intense. On lui donne deux cuillerées à café d'eau naphtolée.

Le 16. L'enfant perd 50 gr. On lui donne deux cuillerées à café d'eau naphtolée.

Le 17. Il augmente de 30 gr. Le 18. Il augmente de 35 gr.

Le 19. Il augmente de 30 gr. Le 20. Il augmente de 40 gr.

Le 21. Il reste stationnaire. Sort en bon état.

OBS. VIII. — Clinique d'accouchement. Service de M. le Dr BUDIN. —
Galactophorite de la mère. Dyspepsie gastro-intestinale légère du nourrisson.

La nommée Mar... entre à l'hôpital de la Charité, le 3 janvier 1893, et accouche spontanément le même jour, à 8 mois et demi, d'un enfant du sexe féminin pesant 2,360 gr.

Du 3 au 10 janvier, l'enfant nourri complètement au sein remonte jusqu'à 2,450 gr.

Le 10. La mère se plaint de douleurs assez vives dans le sein gauche avec céphalalgie; frissons. On constate à la visite du soir que le sein est rouge, douloureux, induré. La température monte à 37°,6 le soir.

L'enfant continue de prendre le sein, mais il cesse d'augmenter.

Le 12. On suspend l'allaitement par la mère et on donne du lait stérilisé, 450 gr. par jour à l'enfant.

Le 13. Le poids reste encore stationnaire, mais les 2 jours suivants, l'enfant diminue de 25 gr. par jour, et présente une diarrhée jaune très intense. L'état général reste bon.

Le 16. L'enfant, sous l'influence d'un traitement approprié, augmente de 35 gr., malgré un peu de diarrhée qui persiste.

Le 17. La diarrhée a disparu; l'enfant augmente de 10 gr.

Le 18. État général excellent. Le poids augmente de 75 gr. Comme la mère est complètement guérie, l'enfant reprend le sein.

Le 22. L'enfant reste stationnaire. La mère demande à sortir de l'hôpital.

Obs. XII. — *Galactophorite par contagion probable d'impétigo à staphylocoques inoculé dans une fissure du mamelon. Lymphangite. Guérison sans abcès. Évacuation du pus des canaux galactophores par les voies naturelles au moyen de l'aspiration. Dyspepsie gastro-intestinale légère de l'enfant.* (Observation publiée par ARBEL et due à M. le Dr LEGROUX.)

Le 21 octobre 1890, je suis appelé par M^{me} G..., pour voir un de ses enfants, petit garçon âgé de 6 ans, qui depuis un mois était atteint d'impétigo disséminé, avec petits abcès sous-épidermiques, comme en produit le staphylocoque aureus.

Un pansement compliqué en raison des nombreuses bandelettes dont on entourait le corps, était fait chaque jour par la mère sans grand résultat d'ailleurs.

Je prescrivis des bains sulfureux, de la vaseline boriquée et l'enveloppement des parties malades avec de larges plaques de lin boriqué.

Je fis en plus un peu d'antisepsie intestinale avec du bétol ; je purgeai l'enfant.

J'engageai la mère à ouvrir prématurément les vésico-pustules qui se formeraient avec une aiguille préalablement flambée, d'évacuer le contenu et de frotter ensuite avec la pommade boriquée. Ce même jour je constatais que M^{me} G..., accouchée dans les environs de Paris, trois mois et demi auparavant, allaitait plantureusement son bébé, une petite fille grasse et bien portante.

Le 25 au soir, M. G..., son mari, venait précipitamment me chercher, sa femme était reprise, me dit-il, des fièvres intermittentes qu'elle avait eues quatre jours après son accouchement et ayant duré huit jours. Suspectant ces prétendues fièvres d'avoir été à cette époque l'expression d'une infection utérine post-partum, je demandai de suite si la malade ne souffrait pas du sein. « Le sein gauche est bien engorgé, me répond le mari, mais ce sont bien les fièvres, car elle a eu un grand frisson avec sueurs abondantes. »

A tout hasard j'emportai ma pompe aspirante avec ventouse pour le mamelon et à 9 heures du soir je voyais la malade.

La peau était chaude, couverte de sueurs, le visage vultueux, le pouls plein oscillait entre 108 à 110, la température à 39°.

Je découvris aussitôt le sein gauche et je vis une fissure sur le mamelon d'où partait un réseau lymphangitique se dirigeant vers l'aisselle.

Là, était un ganglion engorgé, gros comme une noisette et modérément douloureux. La zone péri-mamelonnaire ne présentait pas d'œdème.

Dans le sens de la lymphangite indiquée, je sentis dans la profondeur du sein des cordons noueux très douloureux et parfaitement distincts du reste de la glande, gorgée d'ailleurs de tout le lait qu'on s'était gardé de donner au bébé depuis la fièvre et la douleur locale. La veille la mère avait remarqué que l'enfant avait du sang sur les lèvres quand il quittait le sein gauche. Le sein droit était normal et avait suffi à l'allaitement de l'enfant pendant la fin de cette journée.

Je commençai par vider ce que je pus du sein gauche. Je tirai un verre à bordeaux de lait clair, ce qui amena un peu de soulagement, puis je prescrivis 1 gr. d'antipyrine, des cataplasmes chauds sur le sein que je fis relever en le comprimant légèrement par un bandage de corps. En outre je fis étendre une couche d'onguent napolitain coupé d'un demi-axonge sur le sein malade.

Je recommandai au mari, qui avait compris la manœuvre, de vider l'excédent de lait qui se produirait à chaque tétée de l'enfant sur le sein droit.

Le 26 octobre, la lymphangite existait au même degré, la fièvre était tombée à 38° et les sueurs ne s'étaient pas reproduites. L'action de l'antipyrine avait été saisissante, par contre l'onguent napolitain avait produit une éruption hydrargyrique sur tout le sein malade. Je pensai cette éruption avec de la vaseline boriquée et de l'ouate, puis je recomprimai le sein après l'avoir vidé avec la pompe.

Au cours de l'opération je vis sourdre du fond de la fissure mamelonnaire une première goutte de pus verdâtre, épais, très distinct des gouttes de lait sortant des orifices voisins.

J'essayai et recommençai la succion. Ce jour-là, je pus ainsi aspirer

la valeur d'un quart de centimètre cube de ce pus compact. L'antipyrine fut continuée et la malade, qui avait repris de l'appétit, s'alimenta légèrement.

Le mari continua à faire la déplétion du sein et à tous coups retira de petites quantités de pus, si bien que le 27 les conduits galactophores étaient assouplis et beaucoup moins douloureux, tandis que la lymphangite persistait avec la complication d'érythème hydrargyrique. La situation était tellement améliorée que je restai 3 jours sans voir la malade.

Le 30. La fièvre ne s'était pas reproduite, le sein n'était pas engorgé, il ne restait des accidents éclos le 25 que l'éruption médicamenteuse encore fort pénible. Le ganglion de l'aisselle était peu sensible, et sans la fissure mamelonnaire encore béante et rouge, on aurait pu remettre l'enfant au sein gauche. Pour suppléer à l'insuffisance du lait maternel, j'avais consenti à ce que l'on donnât du lait d'une chèvre connue, et l'enfant parut tout d'abord s'en trouver bien. Malheureusement un peu de diarrhée survint, puis quelques vomissements, et le 5 novembre j'étais appelé pour l'enfant qui semblait dépérir. Les garde-robes étaient mal digérées, parfois verdâtres, le sommeil était agité.

Je décidai la mère, dont le sein gauche allait mieux mais dont le sein droit n'avait plus assez de lait, à prendre une nourrice, ce qui fut fait le 6.

Pendant ce temps, la mère guérissait de son éruption hydrargyrique, ne souffrait plus du mamelon, et le père continuait à dégorgé le sein et à en tirer quelques gouttelettes de pus qui cessèrent d'apparaître vers le 11.

A ma dernière visite, M^{me} G... me montra, sous le côté latéral gauche de son thorax et sur le dos du même côté, deux vésico-pustules impétigineuses qui semblaient comme les derniers fuyards de ces staphylocoques qui avaient déterminé toute l'aventure en se portant du petit garçon à la mère nourrice.

OBS. XIII. — Clinique d'accouchement. Service de M. le D^r BOISSARD.
— *Galactophorite de la mère. Dyspepsie gastro-intestinale passagère de l'enfant.*

Lec..., couturière, âgée de 24 ans, accouche spontanément, le 5 août 1893, d'un enfant à terme, du poids de 3,490 gr.

L'enfant et la mère ne présentent rien de particulier jusqu'au 12. Ce jour-là, l'enfant qui était nourri au sein, et avait augmenté assez rapidement, diminue de 50 gr., sans que l'on puisse en reconnaître la cause.

Le lendemain, il augmente de 25 gr.

Ce jour-là, 13, la mère se plaint de douleurs dans le sein gauche, qui est tuméfié. Par la pression, on fait sortir une petite quantité de pus. La température monte à 38°,6 le matin, 38°,8 le soir. Puis, grâce au traitement, tout disparaît.

L'enfant, qui a continué de prendre le sein de la mère, diminue de 80 gr. dans la journée du 14. Il a un peu de diarrhée.

Le lendemain, il perd encore 30 gr., puis reste stationnaire le 16.

Le 17. Il regagne 20 gr.

Le 18. Il sort en bon état.

OBS. XIV. — Extraite du *Cours de microscopie*, par DONNÉ, Paris, 1844.

La femme B..., âgée de 38 ans, couchée au n° 7 de la Clinique d'accouchement, est à son quatrième enfant ; les trois premiers sont morts en bas âge, le dernier a maintenant vingt jours ; la mère porte dans le sein droit un vaste abcès qui s'est manifesté depuis une dizaine de jours ; elle n'allait pas de ce côté : l'autre sein paraît en bon état et l'enfant continue de le teter ; cet enfant est assez chétif, et, depuis quelques jours, il a de la diarrhée ; en examinant le lait de cette femme au microscope, en le traitant par l'éther et les alcalis, je le trouvai mêlé d'une notable quantité de globules dont la nature était évidemment purulente ; j'annonçai ce résultat de mon analyse à M. P. Dubois et aux personnes qui suivent la clinique de ce savant professeur ; on put difficilement interpréter un pareil fait et l'on se demanda si le pus du vaste foyer formé dans l'autre sein pouvait rentrer dans la circulation

et se trouver de nouveau secrété par la glande opposée ; mais l'état de la femme ne permettait pas d'admettre une circonstance aussi grave qu'une résorption purulente ; la plupart des témoins doutèrent de l'exactitude de mes expériences ou restèrent convaincus que le pus provenait d'une légère excoriation située à la base du mamelon ; mais après avoir essuyé cette partie, après avoir même fait teter l'enfant de manière à ce que le bout du sein fût parfaitement nettoyé, je recueillis de nouveau une certaine quantité de lait, que je trouvai, comme la première fois, mêlé d'une portion notable de pus. Ma conviction fut dès lors établie, et je continuai d'observer la malade en silence. Trois jours après, M. Dubois, en examinant attentivement le sein de cette femme, découvrit au-dessous de celui que l'on croyait en bon état, dans un sillon caché par la lamelle elle-même, une petite tumeur où la fluctuation était déjà évidente ; une incision pratiquée sur ce point, donna en effet issue à la matière purulente, et dès lors le problème que j'avais signalé fut résolu.

OBS. XV. — Clinique d'accouchement. Service de M. le Dr BUDIN. —
Galactophorite de la mère. Dyspepsie gastro-intestinale. Muguet. Guérison.

La nommée Mal..., 21 ans, couturière, entre à la Maternité de la Charité, le 14 mai 1893, et est accouchée à terme, au forceps, pour un rétrécissement du bassin, elle met au monde un enfant du sexe féminin, bien constitué, pesant 3,200 gr.

Pas de trace de syphilis ni de tuberculose chez la mère.

Les suites de couches sont normales jusqu'au 20 mai. La mère nourrit son enfant au sein, mais comme elle a peu de lait, on donne 200 gr. de lait stérilisé à l'enfant par jour.

Celui-ci, après avoir diminué de 130 gr. les 2 premiers jours, augmente de 60 gr. les 4 jours suivants.

Le 20. La température de la mère monte à 38°, mais comme elle ne se plaint de rien, l'enfant continue à prendre le sein. Son poids diminue de 30 gr. Il a un peu de diarrhée jaune.

Le 21. La température de la mère est normale, l'enfant diminue de 50 gr., on lui fait prendre un bain aromatique.

Le 22. La mère se plaint de céphalalgie. Malaise général. Douleur dans le sein gauche. En l'examinant avec soin, on constate que la mamelle gauche est tuméfiée et présente des noyaux indurés surtout à la partie inférieure et externe. La pression est douloureuse. On fait le traitement habituel. Les symptômes douloureux ont disparu à la visite du soir. L'enfant a une diarrhée verte très abondante, il diminue de

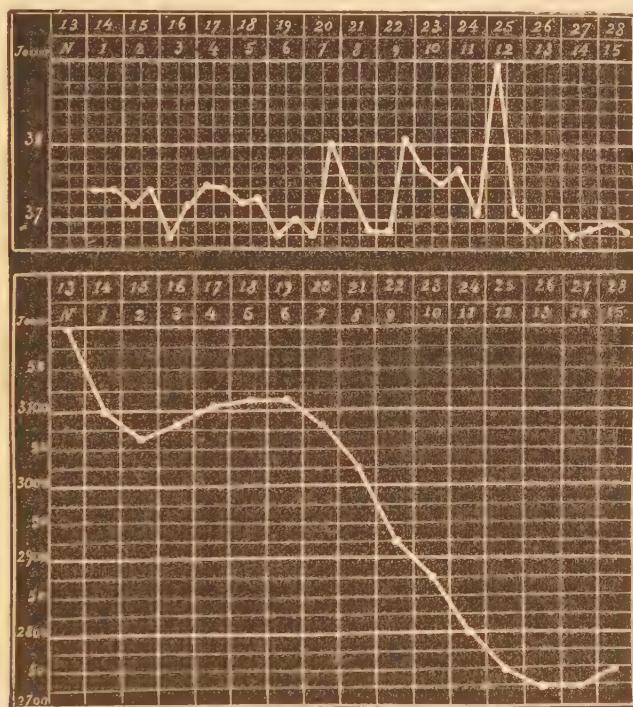


FIG. 5.

100 gr.; on suspend l'allaitement par le sein malade, et on lui donne du sous-nitrate de bismuth.

Le 23. La mère va mieux, mais elle présente encore un peu de fièvre, 37°,4 le matin et 37°,6 le soir. On lui fait le même pansement matin et soir que la veille. L'enfant a une diarrhée jaune très abondante. Il perd 50 gr. On lui donne 350 gr. de lait stérilisé.

Le 24. La mère a 37°,4 le matin et 37° le soir. On ne fait plus de pansement. L'enfant diminue de 75 gr. Diarrhée verte très abondante,

5 à 6 garde-robes dans la journée. On lui fait prendre 3 cuillerées à café de rhum dans son lait et 3 cachets de 10 centigr. de benzonaphtol.

Le 25. La mère fait une nouvelle poussée de galactophorite, sa température monte à 39° ; on fait le même pansement que d'habitude. L'enfant a toujours beaucoup de diarrhée verte. Il diminue de 50 gr. On continue le rhum dont il prend 3 cuillerées à café.

Le 26. La mère va bien, mais l'enfant est de plus mal en plus mal. Il présente un amaigrissement considérable ; les yeux s'excavent ; son poids diminue de 25 gr.

Le 27. Le poids de l'enfant reste stationnaire, facies de plus en plus cachectique.

Le 28. L'enfant a du muguet, son poids augmente de 25 gr. L'état général est mauvais, le facies est plombé.

Le 29. L'enfant augmente de 25 gr., mais son état général est toujours très mauvais. La diarrhée continue. Cependant la mère veut sortir malgré l'avis du médecin.

Obs. XVI. — Clinique d'accouchement. Service de M. le Dr BOISSARD.

— *Galactophorite de la mère. Dyspepsie gastro-intestinale aiguë de l'enfant. (Diarrhée toxi-infectieuse de M. MARFAN.)*

La nommée J... est accouchée à 8 mois 1/2, le 29 octobre 1893, à l'hôpital de la Charité, d'un enfant du sexe masculin, bien conformé, pesant 2,820 gr.

L'enfant a été nourri au sein de sa mère et avec du lait stérilisé, 20 gr. toutes les 2 heures, jusqu'au 11 novembre 1893; après avoir diminué pendant 2 jours, il oscille entre 2,750 et 2,800 gr. jusqu'au 2 novembre. Comme il présentait un peu de diarrhée et des garde-robes jaunes, on lui fit prendre de l'eau de Vichy le 3 et le 4, et du benzonaphtol le 5.

Le 8. Il a des vomissements, mais nonobstant il augmente de 60 gr.

Le 9. Le lendemain il n'a plus de vomissements, ni de diarrhée. L'enfant tette très bien. Il a une augmentation de 30 gr.

Le 10. L'enfant continue d'augmenter de 25 gr. L'état général est excellent.

La mère est atteinte de galactophorite, et sa température monte à 39°,6 le soir. Le 11. L'enfant continue toujours de prendre le sein. Il augmente de 20 gr.

Le 12. Il a des vomissements, il diminue de 5 gr., on lui fait prendre un peu de pepsine et on supprime l'allaitement maternel que l'on remplace par 500 gr. de lait stérilisé.

Le 13. Garde-robes jaunes très fétides. L'enfant diminue de 30 gr. de son poids. On lui donne 50 centigr. de benzonaptol.

Le 14. Les garde-robes sont encore extrêmement fétides; cependant l'enfant ne diminue que de 10 gr.; mais il présente un amaigrissement considérable.

Le 15. L'enfant a encore diminué de 25 gr.; les garde-robes sont

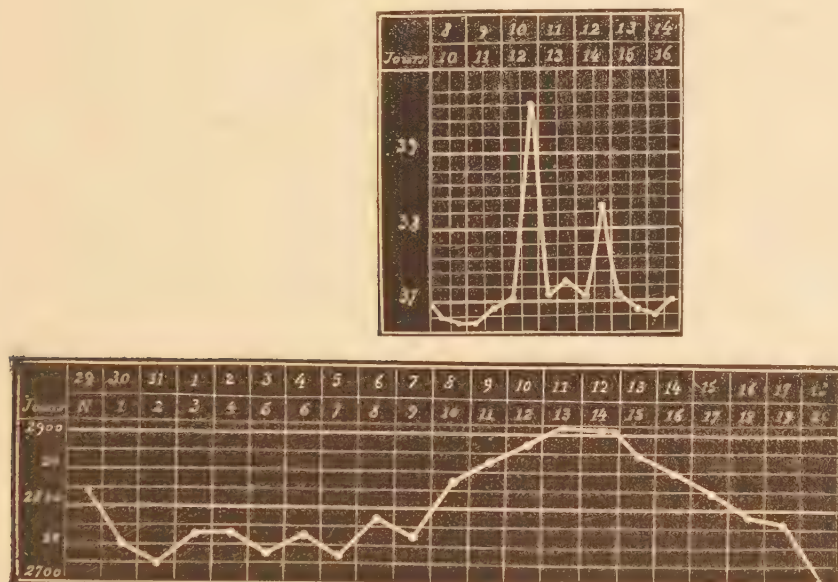


FIG. 15 et 16.

toujours fétides, on lui donne 5 centigr. de calomel et 450 gr. de lait stérilisé.

Le 16. Les garde-robes sont moins fétides, mais l'enfant présente un état cachectique très avancé. Il a perdu 40 gr.

Le 17. Le poids reste stationnaire. Garde-robes extrêmement fétides. Teint plombé, yeux excavés. État général très mauvais.

Le 18. L'enfant subit une diminution de poids de 90 gr. et les garde-robes sont toujours extrêmement fétides.

L'enfant présente une teinte subictérique très prononcée avec un amaigrissement très considérable. Il est probable qu'il n'a pas survécu; la mère a voulu sortir malgré l'avis du médecin.

Obs. XVII. — Clinique d'accouchement. Service de M. le Dr BUDIN. —
Galactophorite de la mère. Diarrhée toxi-infectieuse de l'enfant.
Mort.

La nommée Perd..., âgée de 24 ans, femme de chambre, est accouchée à terme, à l'hôpital de la Charité, le 14 novembre 1893, d'un enfant du sexe féminin, pesant 2,850 gr.

Les suites de couches ont été très normales et l'enfant est nourri au sein. Après avoir diminué de 75 gr. les 3 premiers jours, il commence à augmenter de 10 gr. le 4^e jour. Ce jour-là, il présente des garde-robes très vertes. On lui donne du benzonaphtol. De plus, comme la mère a peu de lait, on fait prendre 200 gr. de lait stérilisé à l'enfant.

Le 5^e jour. On pèse l'enfant après chaque tétée, et on constate qu'il prend 30 gr. au sein chaque fois. Ses garde-robes sont jaunes. On cesse le benzonaphtol. Il augmente de 10 gr.

Le 6^e jour, ou 21 novembre. L'enfant augmente de 15 gr.

Le 22. L'enfant a augmenté de 50 gr.

Le 23. Il augmente de 65 gr. État général très satisfaisant. La mère se plaint d'avoir eu des petits frissons dans la nuit.

Le 24. L'enfant diminue de 5 gr. Ce jour-là on constate que la mère est atteinte de galactophorite du sein droit. On fait l'expression et on retire quelques gouttes de pus, qui donné à 3 cobayes produit au bout de 2 jours une diarrhée intense, tandis que 2 cobayes témoins continuent d'avoir des matières normales.

La température de la mère monte à 37°,4 seulement le matin et 37°,6 le soir

On supprime l'allaitement par le sein malade et on donne à l'enfant 350 gr. de lait stérilisé. Celui-ci a diminué de 5 gr.

Le 25. Le sein de la mère va très bien. On ne retire par expression qu'une ou deux gouttelettes de pus. L'enfant a augmenté de 15 gr.

Le 26. La mère a de la galactophorite du sein gauche. On retire par expression un peu de pus. Sa température monte à 38°,2 le soir.

L'enfant reste stationnaire. Il tousse un peu, il a des vomissements. Température rectale, 37°,6. On lui applique des cataplasmes sinapisés sur l'abdomen et des bottes ouatées aux pieds et on lui fait prendre de la pepsine. On supprime complètement l'allaitement maternel et on le remplace par du lait stérilisé.

Le 27. La mère fait de la lymphangite du sein gauche. La température monte à 37°,5 le matin, 39° le soir.

L'enfant augmente de 60 gr., mais il a toujours des vomissements. Température le matin 38°,4, le soir 38°.

Le 28. La mère va tout à fait bien. Plus de fièvre. État général très bon.

L'enfant diminue de 50 gr. Il a des garde-robes vertes très abondantes, tousse un peu ; température 38°,5 matin, 38° soir. État général très mauvais ; on lui fait prendre 5 paquets de 10 centigr. de benzonaphtol.

Le 29. Ses garde-robes sont vertes, aqueuses et très fétides. Sa température monte le matin à 38°,5 et le soir à 30°,2. Teint plombé, amaigrissement extrême.

Le 30. Mort à 7 heures du matin. Toute la nuit, matières aqueuses grisâtres.

AUTOPSIE faite par M. le Dr LEGRY ; elle a donné les résultats suivants :

Poumons. — Ont respiré dans leur totalité. Un peu d'emphysème à leur partie antérieure. Légère congestion des deux bases.

On ne trouve aucun noyau de broncho-pneumonie.

Toutes les portions du poumon excisées surnagent, quelques mucosités bronchiques.

Rien dans la trachée et le larynx. Pas de pleurésie.

Péricarde. — Sain.

Cœur. — Ne présente aucune lésion valvulaire.

Foie. — Volume normal, pâle avec des taches blanches à la surface. Lorsqu'on soulève le foie, on trouve avec peine la vésicule biliaire revenue sur elle-même et réduite à l'état de languette aplatie. Ne renferme pas de bile.

Une incision est faite dans cette vésicule et en raclant la paroi avec un fil de platine stérilisé, on ramène un peu de mucus qui, étalé sur une lamelle et examiné au microscope après coloration au violet de gentiane ne montre aucun micro-organisme.

La canule d'une seringue chargée d'un liquide coloré est introduite par cette incision, les parois de la vésicule ayant été liées sur l'extrémité de la canule. Ce liquide distend les parois de la vésicule, mais ne pénètre pas dans le reste des voies biliaires.

On enlève en même temps le foie, l'estomac et le duodénum de la cavité abdominale. On incise le duodénum pour examiner l'ampoule de Vater qui ne présente rien à noter. L'expérience par l'injection de la vésicule biliaire est renouvelée. Cette vésicule se distend comme précédemment, mais on ne voit pas de liquide venir sourdre au niveau de l'ampoule de Vater. D'ailleurs un stylet très fin introduit dans la vésicule ne peut trouver d'orifice la mettant en communication avec un canal.

Estomac. Intestin. — On ne trouve aucune lésion appréciable de la muqueuse de l'estomac ni de celle du duodénum. Intestin grêle n'offre qu'en 2 points vers la partie terminale deux plaques d'arborisations vasculaires très peu marquées. Sur toute la surface de la muqueuse de l'intestin, on trouve un aspect légèrement irrégulier et vilieux sans traces de congestion.

Les matières contenues dans l'intestin ne sont pas liquides, elles sont très peu colorées par la bile. La veine ombilicale n'offre aucune lésion.

Rate. Reins. — Volume normal. Pas d'inflammation péritonéale.

Cerveau. — Rien à noter dans la cavité crânienne.

Des cultures sont faites avec le foie et le poumon.

Aucune lésion apparente de la bouche ni du pharynx.

OBS. XVIII. — Clinique d'accouchement. Service de M. le Dr BUDIN. —

Galactophorite de la mère. Dyspepsie gastro-intestinale aiguë de l'enfant. (Diarrhée toxi-infectieuse de M. MARFAN.)

Marie V..., 29 ans, couturière, est accouchée le 6 mai 1894 à l'hôpital de la Charité d'un enfant du sexe masculin pesant 3,500 gr.

L'enfant est nourri au sein de sa mère, mais comme celle-ci a très

peu de lait, on lui donne en supplément, 80 gr. de lait stérilisé le 2^e jour, et 180 gr. le 3^e jour.

L'enfant diminue les 3 premiers jours : mais le 4^e jour il a augmenté de 25 gr.

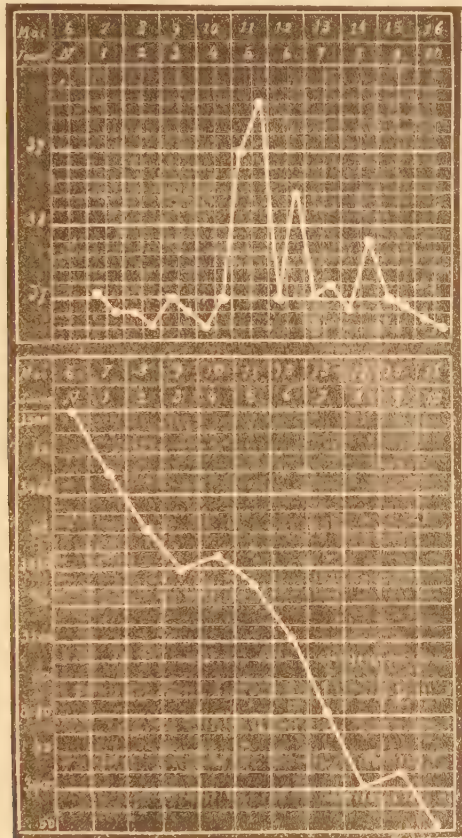


FIG. 17 et 18.

Le 11 mai. La mère présente le matin une élévation de température considérable (39°) due à de la galactophorite du sein gauche. Celui-ci est rouge, tuméfié et présente à la partie inférieure des noyaux indurés. Pas de ganglions dans l'aisselle.

L'expression du sein fait sortir du pus en assez grande quantité, 2 cuillerées à café au maximum. On donne à l'enfant 300 gr. de lait stérilisé et on supprime l'allaitement du côté malade.

L'enfant diminue de 30 gr.

Le soir. La mère présente une température de 39°,6. Outre la galactophorite, elle est atteinte de lymphangite.

Le 12. Le second sein de la mère est atteint.

L'enfant présente une diarrhée verte très abondante. Il diminue de 75 gr. On supprime complètement l'allaitement maternel et on lui fait prendre 400 gr. de lait stérilisé.

Le 13. L'enfant a toujours une diarrhée verte très abondante ; il diminue de 100 gr. Outre les 400 gr. de lait stérilisé, on lui donne 200 gr. d'eau albumineuse.

Le 14. Garde-robes vertes très abondantes. L'enfant a encore diminué de 100 gr. Il est considérablement amaigri et présente une teinte subictérique très prononcée. On continue l'eau albumineuse.

Le 15. L'enfant a augmenté de 25 gr., mais il a toujours de la diarrhée verte. Les garde-robes sont très fétides. L'état général est très mauvais, l'enfant a considérablement maigri depuis 3 ou 4 jours. Il présente une teinte subictérique de plus en plus prononcée. Les yeux sont excavés, le nez effilé, les extrémités refroidies.

Le 16. L'enfant diminue de 75 gr. L'état général est des plus mauvais. On fait prendre à l'enfant deux bains aromatiques et on le frictionne avec de l'alcool.

Le soir il part en nourrice.

OBS. XIX. — Service d'accouchement de M. le Dr BUDIN. — *Galactophorite de la mère. Dyspepsie gastro-intestinale aiguë de l'enfant. Mort. (Diarrhée toxi-infectieuse de M. MARFAN.)*

La nommée J. H... est accouchée à l'hôpital de la Charité, le 28 avril 1893, d'un enfant du sexe masculin, pesant 2,850 gr. et paraissant bien conformé.

Cet enfant a été nourri au sein de sa mère, mais comme elle avait peu de lait, on lui a donné le 3^e jour 20 gr. de lait stérilisé toutes les

2 heures, et le 4^e jour 30 gr. Sous l'influence de ce supplément de nourriture, l'enfant qui avait diminué les premiers jours, augmente le 4^e jour de 50 gr. et le 5^e jour de 30 gr.

Le 4 mai. La mère se plaint de souffrir un peu dans les seins ; comme elle n'avait pas de température, l'enfant continue de prendre le sein.

Il a de la diarrhée. On lui donne 2 cuillères à café d'eau naphtolée. Son poids diminue de 25 gr

Le 5. La diarrhée a beaucoup augmenté. L'enfant diminue de 50 gr.

Le 6. Au matin, la mère présente 38°,2 comme température. Elle se plaint en outre de malaise, céphalalgie, douleurs dans les seins. L'examen local révèle un noyau induré à la partie inférieure. A l'expression, on fait sortir une cuillerée à café de liquide franchement purulent.

Cette galactophorite existe depuis plusieurs jours mais sans symptômes locaux, comme cela arrive souvent

L'enfant avait tété du pus, ce qui expliquait sa diarrhée. On supprime complètement l'allaitement par la mère et on lui fait prendre du lait stérilisé, mais il était trop tard. Il diminue de 200 gr. en 24 heures et meurt dans la nuit après avoir eu 15 à 20 garde-robes verdâtres, très aqueuses, dans la journée. Ces garde-robes étaient très fétides.

Obs. XX. — Clinique d'accouchement. Service de M. le D^r BOISSARD. —
Galactophorite de la mère. Diarrhée toxi-infectieuse de l'enfant.
Mort.

La nourrice R..., domestique, âgée de 24 ans, accouche spontanément à la Charité, le 18 août 1893, d'un enfant du sexe masculin, pesant 3,150 gr.

Pas de trace de tuberculose ni de syphilis chez la mère.

L'enfant diminue de 175 gr. en 2 jours et présente un peu d'ictère généralisé, mais, le 20 et le 21, il augmente de 45 gr. par jour.

Le 23. Il a encore augmenté de 25 gr. et son état général est devenu satisfaisant. Ce jour-là, la mère est atteinte de galactophorite.

Le lendemain l'enfant qui est au sein, reste stationnaire ; puis il diminue le 25 de 10 gr. Diarrhée fétide, mais peu abondante, garde-robes aqueuses, verdâtres.

Le 26. L'enfant augmente de 25 gr. environ. Toujours diarrhée fétide.

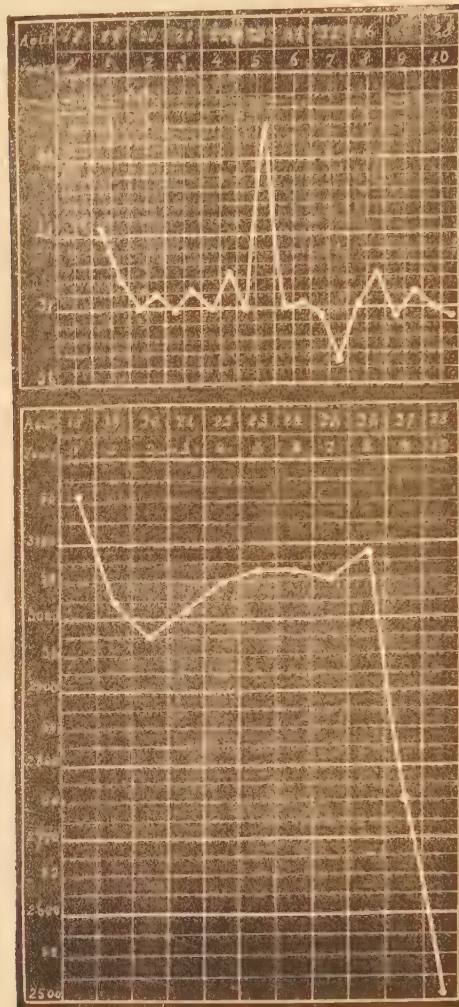


FIG. 19 et 20.

Mais le 27, il est pris de vomissements et présente une diarrhée fétide

extrêmement abondante, les yeux s'excavent, le nez s'effile, les lèvres sont minces et pâles, les extrémités refroidies, le teint est plombé et l'enfant perd en 24 heures 340 gr., c'est-à-dire plus du dixième de son poids. Température : 38°,2 le matin, 39° le soir.

Malgré le traitement le plus énergique, il perd encore le lendemain 250 gr. et succombe dans la soirée après avoir diminué en 2 jours de près de 600 gr.

Obs. XXI. — Clinique d'accouchement. Service de M. le Dr BUDIN. —
Galactophorite de la mère. Choléra infantile de l'enfant. Mort.

La nommée Pl..., âgée de 25 ans, ménagère, entre à l'hôpital de la Charité, le 17 mars 1893, et accouche à 9 mois d'un enfant du sexe masculin pesant 3,000 gr.

Suivant la coutume du service, l'enfant est nourri au sein de la mère, mais comme elle a très peu de lait, on lui donne d'abord 200 gr.; puis le 3^e jour, 300 gr. de lait stérilisé.

L'enfant diminue d'abord de 150 gr. le 1^{er} jour. Puis il augmente d'environ 20 à 25 gr. par jour jusqu'au 25 mars.

Le 26. La mère qui jusque-là avait eu des suites de couches normales, se plaint de souffrir dans le sein gauche; mais comme elle n'a pas d'élévation de température, l'enfant continue de prendre le sein. Il diminue de 50 gr.

Le 27. Le sein est tendu, douloureux et présente des bosselures à la partie supéro externe, la température monte à 38°,4. On fait de l'expression matin et soir; il sort très peu de pus, à peine une demi-cuillerée à café. Pulvérisation boriquée et compression. L'enfant augmente de 20 gr. On supprime l'allaitement du côté malade.

Le 28. On extrait encore une certaine quantité de pus du sein de la mère; même pansement matin et soir que la veille. La température monte à 37° le matin, 37°,4 le soir. Ce jour-là l'enfant a beaucoup de diarrhée, 15 à 20 selles jaunâtres ou verdâtres dans la journée. Il perd 110 gr. On supprime l'allaitement maternel et on lui fait prendre 400 gr. de lait stérilisé.

Le 29. La mère a une nouvelle galactophorite du sein droit. Tempé-

rature, 39° le soir. L'enfant reste stationnaire comme poids, mais son état général est très mauvais. Il se cachectise rapidement, teint plombé,

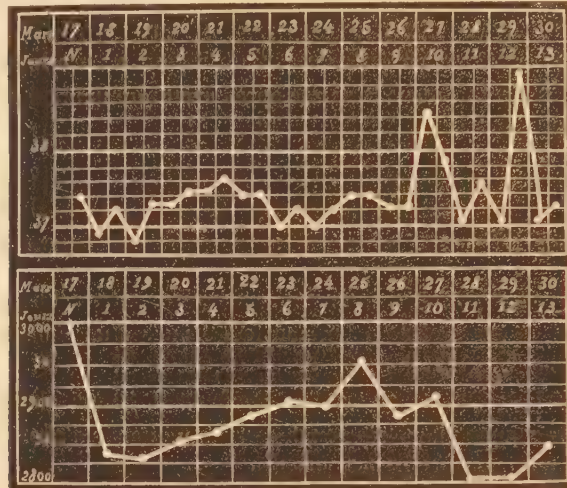


FIG. 21 et 22.

yeux excavés, nez effilé, cyanose des extrémités. De plus il a une dyspnée intense : 110 à 130 respirations à la minute.

Le 30. Mort avec un abaissement considérable de température. L'enfant a 34°,6 dans le rectum 1 heure avant de mourir.

OBS. XXII. — Service de M. le Dr OLLIVIER, aux Enfants-Malades. —
Galactophorie de la mère ; abcès multiples chez le nourrisson.
(Obs. recueillie par M. COUDER.)

L'enfant, Lucien B..., âgé de six semaines, est apporté le 13 novembre 1889 à la consultation de l'hôpital des Enfants-Malades, pour des abcès multiples siégeant à la joue, au cuir chevelu, à la cuisse et à la jambe droite. Tout d'abord, on s'assure qu'il n'existe au pied aucune lésion actuelle ou guérie, permettant d'attribuer une origine lymphatique aux abcès du membre inférieur. On aurait pu songer à des abcès tuberculeux. Mais d'autre part, la mère porte encore aux deux seins

plusieurs abcès ouverts. En l'interrogeant, voici ce qu'elle nous apprend. L'enfant est né le 28 septembre 1889. Les suites de couches ont été normales et la mère commença à allaiter ; elle eut bientôt des crevasses aux deux mamelons, mais celles-ci n'empêchèrent pas l'allaitement. Après la chute du cordon, l'enfant eut un peu de suppuration de la plaie ombilicale et un peu de rougeur de la région ; ces accidents disparurent en quelques jours ; il est à noter, toutefois, que la mère fit souvent elle-même le pansement de l'ombilic.

Le 7 octobre, dixième jour de son accouchement, la mère se leva pour la première fois ; le jour même, elle fut prise de frisson, et le sein gauche devint douloureux ; aussi ne fut-il pas donné à l'enfant et l'allaitement fut continué avec le sein droit seul.

Le 11. Le sein droit devient douloureux à son tour, mais cette fois, malgré la douleur, la mère continua à le présenter à l'enfant pendant une dizaine de jours environ, c'est-à-dire pendant tout le temps que mit le pus à se collecter. C'est seulement le jour où l'abcès fut incisé que la mère cessa d'allaiter son enfant pour le mettre au biberon. Ce genre d'alimentation fut bien supporté et ne produisit pas de troubles digestifs.

Le 20. Huit jours après la cessation de l'allaitement maternel, la joue droite de l'enfant commença à enfler ; puis, au bout de quatre ou cinq jours, un abcès s'ouvrit spontanément. Un autre abcès s'ouvrit bientôt au cuir chevelu et fut également abandonné à lui-même.

13 novembre. Quand l'enfant fut présenté à l'hôpital, les ouvertures de ces deux abcès donnaient encore du pus ; il y avait, en outre, un gros abcès profond à la région antérieure de la cuisse droite, et une autre collection purulente large et étalée à la région externe de la jambe droite. Depuis quelques jours, l'enfant avait la fièvre, de l'agitation et de la diarrhée.

Le 16. Ces abcès furent incisés, lavés, pansés antiseptiquement. Leur guérison fut assez lente.

28 décembre. Une adénite suppurée se montra dans l'aîne droite. A ce moment, l'enfant était très amaigri, et son état semblait presque désespéré. Les parents laissèrent l'abcès s'ouvrir spontanément ; la guérison fut obtenue au bout de quelques semaines.

6 février 1890. Nous revoyons la mère et l'enfant. La mère a eu plusieurs abcès aux deux seins ; le lait, dit-elle, coulait spontanément par le mamelon, mélangé de pus verdâtre. Elle porte encore dans l'aisselle une fistule consécutive à une adénite suppurée. L'enfant n'a pas eu de nouveaux abcès ; il s'est complètement remis ; ses digestions sont bonnes. Il n'a pas été vacciné, n'a eu ni d'impétigo, ni écoulement d'oreille. On lui trouve seulement un peu d'hydrocèle à droite.

M. Couder fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

Voilà donc un exemple d'abcès multiples, disons, si l'on veut, d'infection purulente bénigne chez un nouveau-né.

Quelle en est l'origine ? Il ne nous semble pas douteux que ce cas doive être rapproché de ceux qui ont été rapportés par M. Budin et par M^{me} Henry : la mère a eu des crevasses aux mamelons, puis de la galactophorite, puis de la mastite suppurée ; le sein a été présenté à l'enfant jusqu'au moment de l'ouverture de l'abcès, c'est-à-dire pendant la période de galactophorite, alors que le lait était mélangé de pus. L'enfant a avalé ce pus et les microbes de la suppuration, streptocoques et staphylocoques, ayant pénétré dans le sang à la faveur d'une érosion quelconque des muqueuses digestives (peut-être même sans érosion aucune), des colonies microbiennes se sont formées en plusieurs points du tissu cellulaire et ont déterminé des abcès. C'est là l'explication qui nous paraît la plus admissible ; aucune autre cause ne peut d'ailleurs être invoquée ; l'enfant, nous le répétons, n'avait pas été vacciné, il n'avait ni impétigo, ni otite, ni troubles digestifs antérieurs.

Tout au plus pourrait-on faire remarquer que l'enfant a eu un peu de lymphangite péri-ombilicale au moment de la chute du cordon. C'est même là une objection assez sérieuse, car on peut admettre que dans l'extrémité cutanée de la veine ombilicale à peine fermée par un mince tissu de cicatrices puissent pénétrer les microbes de la plaie suppurante. Cette pathogénie est applicable à certains cas ; mais ici plusieurs raisons nous semblent l'écarter : en premier lieu, le peu d'intensité et la fugacité de la rougeur péri-ombilicale ; ensuite, il faut remarquer

que les abcès n'apparurent que trois semaines après la guérison de la suppuration ombilicale, tandis que huit jours seulement avant leur apparition, l'enfant tétait encore le sein malade. Enfin le premier abcès s'est montré à la joue : or, dans les faits du même genre, le voisinage de la cavité buccale est un véritable lieu d'élection : le palais, dans l'observation V du D^r Roulland ; le plancher de la bouche, dans le cas de M. Budin ; les parotides, dans le cas de Karlinski.

Du reste, la lymphangite péri-ombilicale a pu jouer un rôle indirect : la mère, avons-nous dit, pensait souvent elle-même la plaie ombilicale de son enfant au moment même où elle avait des crevasses aux mamelons : il est bien possible qu'elle ait ainsi infecté ses crevasses avec ses doigts.

OBSERVATION XXIII

L'observation suivante, très intéressante, a été publiée par le D^r Vilcoq dans la *Revue des maladies de l'enfance*, sous le titre *Abcès multiples d'origine inconnue chez un nouveau-né*. On voit que cette observation ressemble beaucoup à celle du D^r Couder et à la suivante, publiée par le D^r Roulland et dans laquelle les abcès multiples du nourrisson sont dus à la galactophorite de la mère.

La nommée C..., âgée de 32 ans, cuisinière, entre le 14 avril 1888, à l'hôpital de la Pitié, service d'accouchement, lit n° 19.

Cette femme ne présente aucun antécédent pathologique et, d'une bonne santé habituelle, primipare, est actuellement à terme. Elle arrive en travail dans le service. Présentation du sommet en O.I.G.A. Le travail trainant en longueur et l'enfant expulsant son méconium, l'accouchement est terminé par une application de forceps au détroit inférieur. L'enfant, du sexe masculin, vient en état de mort apparente. Insufflation avec le tube de Ribemont pendant huit minutes.

Poids de l'enfant 3,450 gr., longueur 49 centim. Aucun vice de conformation. Légère paralysie faciale d'origine obstétricale.

18 avril. Vaccination avec la lymphé vaccinale.

Le 19, c'est-à-dire cinq jours après sa naissance, l'enfant remonte à son poids primitif. Rien de particulier à signaler.

Le 20. Nous constatons, à la partie antérieure et inférieure du bras droit, à quelques millimètres au-dessus du pli du coude, une rougeur diffuse avec chaleur et gonflement. Cette rougeur, plus accusée au centre, a une étendue d'environ 4 centim. de longueur. Le soir, le gonflement est plus accusé, la rougeur augmente encore.

Le 21. La rougeur remonte jusqu'à la partie supérieure du bras ; aspect phlegmoneux des téguments. Fluctuation. Incision d'une vaste collection purulente. Le pus qui s'écoule est très épais et abondant. Pansement avec de l'ouate hydrophile imbibée d'une solution boriquée à 1/50.

Le 22. Le pansement est renouvelé. Il s'écoule par l'incision une grande quantité de pus et l'abcès qui paraissait superficiel au premier abord est assez profond. La peau est décollée tout autour de la partie inférieure du bras.

Du 23 au 28. Le pansement est fait tous les jours jusqu'au 28, époque à laquelle l'orifice de l'abcès se ferme. Il n'existe plus qu'une légère rougeur et un peu d'induration au niveau de la cicatrice.

Deux pustules de vaccine à chaque bras. Éruption vaccinale généralisée.

Le 29. Apparition d'un petit abcès sous-cutané, bien limité, du volume d'une noisette au niveau de l'olécrâne du côté droit. Incision et pansement antiseptique.

L'enfant a été confié aux soins d'une nourrice, car la mère se trouve actuellement trop faible pour le nourrir.

L'état général est satisfaisant, à en juger aujourd'hui par le poids qui est de 3,577 gr.

1^{er} mai. L'éruption vaccinale a disparu. La paralysie faciale n'existe plus. Le nouveau-né continue à bien teter et augmente progressivement de poids. Les deux premiers abcès sont complètement guéris.

Le 5. La sage-femme de service nous fait remarquer sur le bras opposé (bras gauche), à la partie antérieure et inférieure et dans un point à peu près symétrique à celui du premier abcès, une rougeur intense avec gonflement, indice de l'imminence d'une nouvelle forma-

tion de pus. En même temps, s'est montré autour du mamelon droit un petit abcès qui est immédiatement incisé. Le soir, la rougeur du bras s'est accentuée. Elle gagne maintenant la face postérieure du membre, remonte en arrière jusqu'à l'omoplate. Les téguments ont un aspect luisant, phlegmoneux. Le lendemain, une incision pratiquée dans la partie fluctuante au-dessus du pli du coude donne issue à une énorme quantité de pus.

L'enfant est pansé comme précédemment. De plus, il est mis deux fois par jour dans un grand bain additionné alternativement d'une solution très étendue d'acide phénique et de sublimé.

Le 7. Nouvel abcès, peu volumineux, sur le bord externe de la face dorsale du pied gauche. L'abcès du bras gauche qui a été incisé la veille, fournit encore une certaine quantité de pus, mais la rougeur qui s'étendait jusqu'à l'omoplate a disparu.

L'enfant continue à bien prendre le sein et augmente toujours. Mais il est pâle, un peu de diarrhée verte.

Le 8. Abcès volumineux à la partie inférieure et externe de la jambe droite au-dessus de l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Incision.

Le 10. L'abcès du bras est guéri. Celui de la jambe continue à suppuer un peu. Léger décollement de la peau à ce niveau.

Du 15 au 18. Guérison de cet abcès. Poussée de nombreux furoncles, dont quelques-uns assez volumineux, et qui siègent principalement sur les membres inférieurs. L'enfant est toujours pâle, anémié, mais la diarrhée verte a disparu. Il prend bien le sein et augmente toujours ; poids 3,700 gr.

Le 17. Œdème de la jambe gauche. Il n'existe cependant de rougeur ni de fluctuation en aucun point. Cet œdème persiste jusqu'au 22, époque à laquelle il diminue progressivement. Plusieurs furoncles s'ouvrent spontanément.

Le 23. Petit abcès du volume d'une noisette à la région antérieure du poignet gauche.

Du 25 au 28. Rien de particulier à signaler. Les soins antiseptiques (bains et pansements) sont continués chaque jour. Le 28, le petit abcès du sein s'est reformé, léger écoulement de pus par l'orifice ancien.

10 juin. Nouvel abcès au coude droit. Ouverture spontanée par l'un des anciens orifices.

Le 12. Il existe, sur le dos de la langue et la face interne de la commissure des lèvres, une petite poussée de muguet. Pas de diarrhée, pas de troubles digestifs. Collutoire boraté et potion de Todd. L'œdème de la jambe gauche a complètement disparu. Les furoncles sont guéris.

Notre attention est attirée par un gonflement intense du genou droit. Cette tuméfaction semble s'être rapidement montrée. La peau de l'articulation est tendue, luisante, surtout à la partie antéro-inférieure au-dessous de la rotule où il existe un peu de rougeur et une fluctuation facile à percevoir. Le genou a considérablement augmenté de volume et a maintenant une forme arrondie par suite du gonflement qui en a fait disparaître les creux et les saillies. Une incision pratiquée séance tenante, donne issue à une grande quantité de pus. Cet abcès est beaucoup plus volumineux que les précédents.

Le 15. Petit abcès à la partie postérieure et inférieure du bras dans le point occupé primitivement par d'autres abcès.

Le 18. Le gonflement du genou a cessé; guérison. Quoique l'enfant continue à bien se nourrir et quoique le muguet ait disparu, le poids a baissé; de 4,065 gr., poids du 13, nous constatons une notable diminution le 18. Poids 4,000 gr.

Du 18 au 1^{er} juillet, rien de particulier à noter. Les abcès sont cicatrisés. L'enfant est moins anémié. Poids, 4,075 gr. le 1^{er} juillet.

Le 1^{er}. Cette période de 12 jours pendant laquelle aucune collection nouvelle de pus ne s'était formée, l'état général de l'enfant devenu meilleur, nous faisait espérer qu'il était complètement guéri de cette poussée d'abcès, lorsque, le matin à la visite, la mère nous fit remarquer une notable difficulté de la respiration chez son nourrisson. L'examen de la gorge et des poumons ne révélait rien de particulier. Pas de fièvre. En examinant l'enfant, notre attention fut attirée par un soulèvement notable de la région anti-thyroïdienne qui était manifestement augmentée de volume. Il n'y avait cependant pas de phénomènes d'inflammation; la peau présentait sa coloration normale. Mais le lendemain, le gonflement était notablement augmenté, l'enfant respirait plus difficilement et, le soir, la rougeur qui était survenue, la fluctuation manifeste dénotaient clairement la présence d'un nouvel abcès.

Des phénomènes de dyspnée plus marqués que la veille s'étant

montrés, l'abcès fut incisé immédiatement. A la suite de l'incision, la dyspnée se calma et 4 jours après, l'enfant était guéri.

Depuis ce temps la guérison ne s'est pas démentie. L'enfant est actuellement un gros garçon, gai, bien portant, dont la mère est nourrie dans le service.

OBS. XXIV. — *Deux poussées d'abcès multiples succédant à deux crises de diarrhée verte*, par le Dr ALBERT ROULLAND (de Niord). *Annales de gynécologie*, février 1888.

Au mois de juillet 1887, une femme du boulevard Saint-Marcel me prie d'aller voir son enfant âgé de 6 semaines. J'avais accouché cette femme une première fois au commencement de février 1886, à la Maternité de Cochin où j'étais interne, et elle avait tenu à ce que je fisse son second accouchement chez elle, en mai 1887. La mère, qui était d'une très bonne santé, sans aucun antécédent pathologique, nourrit son bébé, très vigoureux.

Quand j'arrivai, je vis un enfant amaigri, les yeux enfoncés, la peau ridée, sèche. Une petite plainte constante sortait de sa bouche entr'ouverte. La langue était rouge, sèche, il y avait du muguet. Une diarrhée verdâtre, liquide, imbibait les langes du nourrisson, le ventre était ballonné, un peu douloureux ; il y avait de la fièvre (38°,6). Cette diarrhée durait depuis près de 8 jours et paraissait due à un changement dans l'alimentation. La mère avait vu diminuer subitement son lait, l'enfant criait et on lui avait donné un biberon toute la journée, autant qu'il en voulait.

Je fis régulariser les repas, veiller à la propreté du biberon, administrer l'eau de chaux dans le lait, une potion au bismuth, et la diarrhée diminua assez rapidement ; mais elle ne cessait pas complètement ; je fis donner de l'acide lactique. Les évacuations changèrent d'aspect, puis devinrent normales. Le muguet avait été traité de son côté et l'enfant avait repris peu à peu, lorsque, au moment où la diarrhée cessait, apparurent des abcès. Je dois dire que le bébé était tenu très proprement avec les soins les plus minutieux ; il n'existait qu'un peu d'érythème aux fesses et à la partie postérieure des cuisses.

Le premier abcès du reste se montra sur le tronc, puis il en vint d'autres sur les cuisses, sur les fesses, un sur le bras droit, deux sur l'avant-bras gauche. L'enfant eut un peu d'élévation de température, mais il continua régulièrement son biberon (ne pouvant avoir de nourriture) et la diarrhée ne revint pas. Les abcès durèrent près de 20 jours et le bébé se rétablit complètement.

Je n'entendis plus parler de mon petit malade lorsque, à la fin du mois d'octobre, la même scène se reproduisit. La diarrhée fut traitée par l'acide lactique qui ne fit rien et fut remplacé par le calomel qui agit très efficacement. L'état était d'ailleurs moins grave que la première fois. Puis la diarrhée était totalement disparue quand arrivèrent des abcès, petits, au nombre d'une dizaine, siégeant dans la partie inférieure du corps. Ils guérirent rapidement et l'enfant se releva encore de cette nouvelle atteinte.

OBS. XXV. — Clinique d'accouchement. Service de M. le Dr BOISSARD.
— *Galactophorite de la mère. Septicémie aiguë de l'enfant. Mort.*

La nommée L... est accouchée le 5 septembre 1893, à 8 mois 1/2 environ, dans le service d'accouchement de la Charité, d'un enfant bien conformé mais chétif, pesant 2,350 gr.

On ne trouve de trace de spécificité, ni chez la mère ni chez l'enfant.

Celui-ci est nourri au sein, mais comme la mère a peu de lait, il reçoit en outre 250 gr. de lait stérilisé par jour.

Après avoir diminué de 100 gr. les 3 premiers jours, l'enfant reste stationnaire le 4^e jour. Cependant, ce jour-là, la mère s'apercevant que la succion est douloureuse à droite, se sert d'une tétérèlle pour nourrir l'enfant.

Le 10 septembre. Celui-ci présente un peu de diarrhée jaune, 6 à 8 garde-robes dans la journée. On lui fait prendre 5 centigr. de calomel en 2 fois et de l'eau albumineuse. Il a diminué de 60 gr.

Le 11. La mère se plaint de douleurs vives dans le sein droit, sa température s'est élevée, le matin et le soir, d'un dixième de degré.

L'enfant continue de prendre le sein, il reste stationnaire.

Le 12. La mère présente une élévation de température (38°,2); on examine avec soin le sein droit qui la fait souffrir et l'on constate qu'il

est tuméfié. A la palpation on sent des bosselures à la partie inférieure et externe.

La pression, très douloureuse, fait sortir du pus en assez grande quantité. Ce pus existait déjà depuis plus de 48 heures au moins, et l'enfant l'avait tété avec le lait, ce qui explique la chute si rapide du poids. L'enfant a perdu en effet 210 gr. On supprime l'allaitement par la mère et on donne à l'enfant 300 gr. de lait stérilisé. On lui fait prendre, en outre, 5 centigr. de calomel en 2 fois et 3 lavements bori-qués à 4 p. 100.

Le soir, les douleurs du sein droit ont disparu. La mère se trouve bien. La température n'est plus qu'à 37°,6 ; on pratique cependant l'expression comme le matin et, après avoir fait sortir environ une cuillère à café de liquide franchement purulent, on fait des pulvérisations bori-quées et on comprime le sein.

Le 13. La mère va tout à fait bien. L'expression des seins ne ramène plus de pus.

Mais l'enfant va de plus en plus mal. Il perd encore 60 gr. et présente une teinte subictérique avec amaigrissement considérable.

Rien dans l'examen de l'enfant ne peut rendre compte de la cause de cet état.

L'examen des différents systèmes est négatif et on ne peut incriminer aucune diathèse telle que la tuberculose ou la syphilis.

Le 14. L'enfant a encore diminué de 110 gr. Il succombe dans la journée dans un état cachectique très prononcé.

OBS. XXVI. — Clinique d'accouchement. Service de M. le D^r BUDIN. —
Galactophorite. Absès sous-maxillaire chez l'enfant. (Observation recueillie par M. CATALIOTTI. Th. doctorat, 1889.)

Joséphine Dup..., accouchée le 15 février 1888. Accouchement spontané dans de bonnes conditions.

Le 23. Elle se plaint de douleurs au sein gauche.

En l'examinant, on trouve une crevasse au mamelon et une plaque de lymphangite superficielle. On applique des compresses trempées dans de l'eau alcoolisée.

Le lendemain soir, le thermomètre marquait 38°,6.

Le 21. La température redevient normale et se maintient ainsi jusqu'au 27. La lymphangite a disparu, mais le sein est encore légèrement endolori. Pendant tout ce temps, l'enfant ne prenait que le sein droit afin de permettre à la crevasse de l'autre sein de guérir.

Le matin du 27, la température monte brusquement à 39°,5. M. Budin constate que la lymphangite a disparu et que la crevasse est en voie de guérison ; mais en pressant sur la glande, il fait sortir d'un conduit galactophore un liquide jaunâtre, épais, bien lié, ayant tous les caractères du pus, ce qui est confirmé par l'examen microscopique.

Des conduits galactophores voisins, il jaillit du lait, très facile à distinguer du pus par sa coloration et sa fluidité. Le lendemain, on exerce des pressions nouvelles à l'aide desquelles on chasse du pus du même conduit. Le surlendemain, il ne sort qu'un peu de sérosité. La température descend assez rapidement et, le 28 février soir, elle était redevenue normale.

L'enfant qui, jusqu'au 27 février, jour dans lequel avait débuté la galactophorite, était allaité par sa mère, en est séparé momentanément et est confié à une nourrice.

Le 28. On trouve sur le menton de l'enfant une petite tumeur rouge, acuminée, qui, ponctionnée, donne issue à une faible quantité de pus. On fait sortir tout le pus et le petit orifice est fermé par une couche de collodion après lavage au sublimé.

1^{er} mars. On trouve chez l'enfant une tuméfaction rouge, douloureuse, siégeant au niveau de la glande sous-maxillaire gauche. Le lendemain, la fluctuation est très nette, on incise l'abcès et il s'en écoule une bonne cuillerée de pus. On fait le même pansement que pour le premier abcès ; la guérison est complète, et l'enfant, ainsi que la mère, sort de la clinique en bonne santé.

OBS. XXVII. — Service d'accouchement de M. le Dr BUDIN. — *Galactophorite de la mère. Dyspepsie gastro-intestinale du nourrisson. Broncho-pneumonie. Guérison.*

La nommée Morl..., âgée de 28 ans, couturière, accouche spontanée-

ment à 8 mois 1/2 le 2 janvier 1892, dans le service d'accouchement de la Charité.

L'enfant, du sexe féminin, pèse 2,920 gr. à sa naissance et paraît bien conformé.

Après avoir diminué de 150 gr., le 1^{er} jour, l'enfant augmente rapidement de poids et atteint le 6^e jour 3,150 gr. Il a donc gagné en moyenne 65 gr. par jour.

Il était nourri au sein et recevait en outre toutes les 2 heures environ 20 gr. de lait stérilisé.

Le 7. La mère présente un peu de lymphangite du sein gauche. Le soir, la température, normale jusque-là, remonte à 38°,4.

L'enfant augmente de 25 gr., reste 2 jours stationnaire, puis, les 2 jours suivants, augmente de 25 gr. par jour.

Le 12 au soir. La mère a un peu de fièvre, sa température monte à 38°,6. L'enfant, le matin, présentait un très bon état général et pesait 250 gr. de plus que le jour de sa naissance. Cependant depuis 24 heures il avait des garde-robes vertes.

Le 13. La mère souffrait dans le sein droit. On fait de l'expression, et on retire une cuillère à café de liquide franchement purulent. Compression du sein. La température est normale toute la journée.

L'enfant perd 25 gr. On supprime l'allaitement du sein malade et on lui donne 30 gr. de lait stérilisé toutes les 2 heures.

La diarrhée verte persiste.

Le 14. La mère va bien, mais l'enfant a diminué de 75 gr. Il a toujours beaucoup de diarrhée.

Le 15. L'enfant augmente de 5 gr., mais il a toujours de la diarrhée, selles jaunâtres, 8 à 10 par jour, amaigrissement rapide, soif vive.

Le 16. L'enfant diminue de 50 gr. Face pâle, yeux excavés, pupilles dilatées. Dyspnée.

Le 17. L'enfant a augmenté de 50 gr. Cependant la dyspepsie est de plus en plus intense. A l'auscultation, on entend un souffle très net aux deux sommets ; des râles fins disséminés aux deux bases.

Les jours suivants, l'enfant augmente de 25 gr., mais l'état général est toujours mauvais. Cependant la mère demande à sortir avec son enfant le 21.

BIBLIOGRAPHIE

- Alapy (H.).** — Ueber das verhalten der Wiendinfectionserreger in Darn, *Wien. Wochenschr.*, 1, 2, 3, 1879.
- Appert.** — *Du rôle de l'organisme dans la pathogénie de quelques maladies infectieuses.* Th. doct., 1893.
- Arbel.** — *Contribution à l'étude de la galactophorite.* Th. doct., 1890.
- Arthuis.** — *Du phlegmon et des abcès parenchymateux de la mamelle.* Th. doct., 1876 (p. 77 à 81).
- Bennizon.** — *Étude sur l'étiologie et la pathogénie des abcès de la région mammaire.* Th. Paris, 1884.
- Boissard.** — De la galactophorite. *Semaine médicale*, 11 octobre 1893.
- Bouchacourt.** — Maladies des mamelles dans leur rapport avec la lactation et l'allaitement. *Dict. encyclopédique des sciences médicales.*, Paris, 1871.
- Bouchut.** — Abcès multiples chez les nourrissons. *Gazette des hôpitaux*, 1876, n° 89.
- Budin.** — *De la galactophoro-mastite.* Leçon faite à la Clinique d'accouchement, 1888.
- Pathogénie de certains abcès du sein. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1889.
- Budin et Chavane.** — *Bulletin de l'Académie de médecine*, juillet 1892 et juillet 1893.
- Cataliotti.** — *De la galactophorite.* Th. doct., 1889.
- Chassaignac.** — Mémoire sur le traitement chirurgical des abcès du sein. *Gazette médicale de Paris*, 1855, p. 40, 57, 609.
- *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*, Paris, 1859.
- Chavane.** — *Du lait stérilisé. Son emploi dans l'alimentation des nouveau-nés.* Th. Paris, 1893.
- *Semaine médicale*, décembre 1893.
- *Union médicale*, octobre 1893.

- Cohn et Neumann.** — Ueber den Keimgehalt der Frauenmilch. *Virchow. Arch.*, Bd 126, 1891.
- Couder.** — Pathogénie de certains abcès multiples chez les nourrissons. *Revue des maladies de l'enfance*, 1890.
- Daniel.** — Des abcès glandulaires du sein chez les nouvelles accouchées. Th. Paris, 1883.
- Delbet.** — Article Mastite du *Traité de chirurgie*.
- De St-Germain.** — Abcès rétro-pharyngiens chez un enfant de 2 mois. *Revue des maladies de l'enfance*, 1888.
- Donné.** — Du lait et en particulier de celui des nourrices. Mémoire Paris, 1837. Cours de microscopie, etc. *Anatomie microscopique et physiologie des fluides de l'économie*, Paris, 1844, p. 431.
- Duplay.** — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1891, n° 5, p. 52.
- Duplay et Reclus.** — *Traité de chirurgie*. Otites moyennes et externes.
- Follin et Duplay.** — *Traité de chirurgie*.
- Gosselin.** — *Clin. chirurg. de la Charité*, 1879.
- Hutinel et Claisse.** — Sur une forme suraiguë de septicémie médicale observée chez des enfants très jeunes. *Revue de médecine*, n° 5, 1893.
- Honigmann.** — *Zeitschr. f. Hygiene*, XIV, Bd 12.
- Karlinski.** — Ein experimenteller Beitrag zur Kenntniss der Pyosepthaemie der Neugeborenen vom Verdauungstracher aus. *Prag. Wochenschr.*, n° 22, 1890.
- Labbé et Coyne.** — *Traité des tumeurs bénignes du sein*. Paris, 1876.
- Legry.** — *Progrès médical*, 27 août 1884.
- Lehallais.** — Étiologie et traitement des abcès parenchymateux du sein chez les nouvelles accouchées. Th. Paris, 1887.
- Longard.** — Ueber folliculitis abscedens infantum. *Archiv. f. Kinderh.* Bd VIII, 1887.
- Marois et Hutinel.** — Des injections sous-cutanées dans la diarrhée infantile et le choléra. Th. doct., 1893.
- Marfan.** — Infections secondaires dans la dyspepsie gastro-intestinale chronique des nourrissons. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, août et septembre 1893.
- Coupage du lait de vache dans l'allaitement artificiel. *Revue mens. des mal. de l'enfance*, nov. 1894.

- Merritt.** — *Quelques recherches sur le rapport des crevasses du mamelon aux abcès du sein.* Th. Paris, 1887.
- Michel (H.).** — *Ueber die Wirkung des Staphylococcus pyogenes albus auf die Milch.* Diss. Würzburg, 1886.
- Monnier.** — *Essai sur la pathogénie des abcès du sein post-puerpéraux.* Th. Paris, 1891 (p. 600 du t. 39 d'Hayem).
- Netter.** — Des altérations de l'oreille moyenne chez les enfants en bas âge. *Société de biologie*, séance du 20 avril 1889.
- Olinto.** — Manifestazion locali polimorfe d'infezione in sequito a disturbi gastri-intestinali nei bambini. *Arc. Ital. de Pediatria*, 1892.
- Philippe (R. St.).** — Des diarrhées infantiles et de l'emploi du lait stérilisé chez les enfants. *Journal de médecine de Bordeaux*, 6 août 1893.
- Pingat.** — *De la prophylaxie des abcès du sein pendant la grossesse et pendant l'allaitement.* Th. Paris, 1891 (p. 199 du t. 60 de la revue d'Hayem).
- Renard (Léopold).** — *Contribution à l'étude des broncho-pneumonies infectieuses d'origine intestinale chez l'enfant.* Th. inaugur., 1892.
- Rossi-Doria.** — Passagio dei batterie patogeni con la secrezione latte. *Gazz. degli ospedali*, n° 10, 1891.
- Roullant.** — Des abcès multiples chez les nourrissons. *Annales de gynéc.*, février 1888.
- Sarra Raffaelli.** — Sulla etiologia degli ascessi multipli del connettivo sotto cutaneo nei lattanti. *La Pediatria*, 1893.
- Schling.** — L'effetto dei medicamenti presi dalle nutrici sub latte di esse. *Journal de médecine*, 1887.
- Sevestre et Gaston.** — Stomatite diphtéroïde à staphylocoques. *Société médicale des hôpitaux*, 1892.
- Tripier.** — *Dict. encyclop. des sciences médicales*, 2^e série, t. IV.
- Velpeau.** — *Traité des maladies du sein.* Paris, 1858.
- Vilcoq.** — Note sur un cas d'abcès multiples d'origine inconnue chez un nouveau-né. *Revue des maladies de l'enfance*, 1889.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	5
-------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

GALACTOPHORITE.

CHAPITRE PREMIER. — <i>Historique</i>	10
CHAPITRE II. — <i>Étiologie</i>	11
CHAPITRE III. — <i>Pathogénie</i>	12
CHAPITRE IV. — <i>Anatomie pathologique</i>	15
CHAPITRE V. — <i>Symptômes. Marche. Durée. Terminaison</i>	17
CHAPITRE VI. — <i>Diagnostic</i>	22
CHAPITRE VII. — <i>Pronostic</i>	23
CHAPITRE VIII. — <i>Traitement</i>	24

2^e PARTIE

AFFECTIONS DÉTERMINÉES CHEZ L'ENFANT

DIVISION.....	29
CHAPITRE PREMIER. — <i>Pathogénie générale</i>	31
CHAPITRE II. — <i>Stomatite déphtéroïde</i>	40
CHAPITRE III. — <i>Abcès rétro-pharyngiens</i>	43
CHAPITRE IV. — <i>Dyspepsie gastro-intestinale</i>	46
<i>Diarrhée toxi-infectieuse</i>	50
CHAPITRE V. — <i>Choléra infantile</i>	55
CHAPITRE VI. — <i>Abcès sous-cutanés multiples des nourrissons</i>	58
<i>Abcès sous-cutanés multiples superficiels</i>	60
— — <i>profonds</i>	61
CHAPITRE VII. — <i>Otites moyennes</i>	65
CHAPITRE VIII. — <i>Septicémie</i>	67
CHAPITRE IX. — <i>Abcès sous-maxillaires</i>	69

CHAPITRE X. — <i>Otites externes</i>	70
CHAPITRE XI. — <i>Conjonctivite catarrhale</i>	71
CHAPITRE XII. — <i>Conjonctivite purulente</i>	72
CHAPITRE XIII. — <i>Eethyma</i>	73
CHAPITRE XIV. — <i>Broncho-pneumonie</i>	75
CHAPITRE XV. — <i>Traitement général</i>	81
CONCLUSIONS.....	91
OBSERVATIONS.....	93
BIBLIOGRAPHIE.....	141

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse,

DUPLAY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

